

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRÍA Y

SALUD MENTAL

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL

TITULO

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO
(DINÁMICA FAMILIAR)

ALUMNO

DRA. JUDITH GONZÁLEZ SÁNCHEZ
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

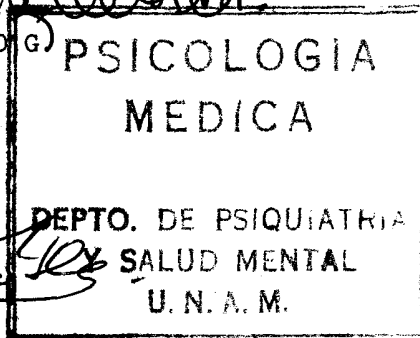
Victor M. Ruiz Velasco
SCO G)

DR. VICTOR M. RUIZ
VELASCO G.
Asesor técnico

JF

Ing. Jose F Cortes S
Asesor Metodológico

Alp...





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	3
MARCO TEORICO:	
Antecedentes	4
Epidemiología	10
Etiología	12
Cuadro Clínico	16
Diagnóstico	21
Tratamiento	22
JUSTIFICACION	25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
OBJETIVOS	26
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	25
MATERIAL Y METODOS	26
Universo	26
Criterios de Inclusión	26
Criterios de Exclusión	26
Instrumentos	26
Procedimientos	29
Tipo de Análisis Estadístico	29
RESULTADOS	30
DISCUSION	32
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	39
GRÁFICAS	45
ANEXOS	54

INTRODUCCION

El Síndrome del Niño Maltratado constituye uno de los temas más interesantes y complejos que se presenta en todo tipo de sociedades alrededor del mundo desde la más remota antigüedad. A pesar de ello, ha sido hasta los últimos treinta años cuando se ha mostrado un creciente interés por parte de varios sectores de la sociedad en el abordaje global de dicha entidad, que afecta los aspectos bio-psicosociales de los menores que lo sufren.

El estudio de dicho problema resulta difícil debido a la amplia variedad de factores que intervienen en su génesis, las manifestaciones generales y los elementos que lo perpetúan; sin embargo, un punto de partida importante es el análisis de la estructura y dinámica familiar asociada a esta patología.

El presente estudio constituye un intento de recordar la importancia del síndrome, presentar sus manifestaciones tan variadas y dar a conocer un esbozo de la estructura y dinámica presente en la familia de algunos menores que han sido víctimas de maltrato y que fueron atendidos en un Hospital Pediátrico del DDF.

MARCO TEORICO

I. ANTECEDENTES

Hablar del Síndrome del Niño Maltratado es referirse a una de las patologías más diversas que puede existir ya que en su interpretación se engloba todo aspecto del conocimiento humano: historia, sociología, medicina, derecho, teología, psicología, etc. (29, 36, 86)

A pesar de que los reportes de dicha entidad han recibido un interés insospechado en las últimas tres décadas, se sabe de su existencia desde que el hombre como ser vivo ha sido obligadamente niño en algún momento y ha recibido tanto -el cuidado como el maltrato por parte de otro individuo. Dicho maltrato se pudo haber presentado de manera intencionalmente agresiva o a manera de ofrenda dependiendo de factores culturales. (27, 66, 87)

Existen innumerables ejemplos de maltrato al menor en diversas culturas y en-todos los momentos históricos del desarrollo de la humanidad. A saber:

Dentro de la mitología griega, Saturno, en un momento de ira por la desobediencia de su hijo amenaza con devorarlo para intentar redimir su culpa. (24)

En la Biblia se presentan varios ejemplos, como el de Abraham quién intenta_ sacrificar a su hijo Isacc a fin de otorgar a la divinidad algo digno. En Babilonia, el rey Nimrod ordena asesinar a todo primogénito de Mesopotamia por temor de una profecía que dictaba que un niño próximo a nacer llegaría a declarar le la guerra. Y uno de los más conocidos, es el caso de Jesús de Nazaret quién finalmente queda fuera de peligro en el asesinato de los "Santos Inocentes".(80, 87) Todos estos hechos son ejemplos evidentes de actos que atentan contra la integridad de un ser, ya sea ficticio o real y aún teniendo la redención del ser_ vivo y la elevación espiritual como fín.

A lo largo de la historia se tienen otras evidencias:

En el período clásico, Séneca, Platón y Aristóteles concebían como nefasto el asesinato de los niños; no así en las tierras nórdicas en donde el padre podía decidir la necesidad o no de sacrificar al recién nacido, ya que en algunas poblaciones aledañas a Grecia se tenía como conducta adecuada el arrojar de la cima del "Targeto" a los pequeños, ancianos y deformes. De igual manera, en la India las mujeres arrojaban a los recién nacidos con algún defecto físico al río Ganges, o se les azotaba contra los árboles por ser considerados "instrumentos del diablo". En China, hasta hace apenas 150 años se permitía matar al producto si este resultaba ser del sexo femenino. (87)

Dentro de los escritos médicos se tienen evidencias antiguas de esta misma cuestión. En el primer tratado de pediatría de Rhazes escrita sobre el año 900_ DC, el médico persa que había obtenido su experiencia en los harems de Bagdad, refiere entre otros aspectos que el niño pudiera sufrir alteraciones en el cráneo, presentar "prominencia del ombligo" e, incluso, hernias que podrían ser secundarias a esfuerzo físico obligado por un adulto.

Posteriormente, información importante se presenta hasta el Siglo XVII cuando existen hechos ya establecidos dentro de la tradición familiar, social y legal (además del aspecto médico) sobre el maltrato a los niños.

En 1651, Paulo Zacchia publicó la tercera edición de su libro "Debates Médico Legales", señalando ya los efectos nocivos del trauma craneano producido por los adultos, estableciendo que las lesiones en el cráneo pueden ocurrir sin hemorragia y que con frecuencia tales golpes producían la muerte.

En Inglaterra, Bonet publicó durante la última década del siglo XVII una --- "Guía del Médico Práctico", transcripción del latín de algunos escritos propios y de otros médicos. En dicho volumen existe una sección titulada "El cuidado del Niño" donde señala que algunas madres deberían estar siempre al cuidado de los neonatos debido a la pobre constitución física que presentan y a la conducta tan inadecuada, por otra parte, de algunos adultos que propiciaban dicha situación. En esos trabajos pretéritos, igualmente menciona las condiciones de la cabeza del niño y el estado postcontusión craneal en recién nacidos y lactantes

menores, algunas veces causantes de hemorragia. No solo señala las heridas consideradas como accidentales, sino también aquellas atribuidas a irracionalidad de los adultos. (83,86)

Hacia 1823 aparece el libro "Consejos de las madres jóvenes sobre la educación física de los niños" donde se menciona la experiencia de una mujer vertida a lo largo del trato con sus familiares y amistades, expresando consejos sobre el maltrato al niño y sus efectos a corto y largo plazo. En este momento, ya se expresa uno de los puntos que las sociedades internacionales han señalado como postulados a la defensa del menor: "Nadie que esté al cuidado de un niño debe ser tan cruel y agresivo como para dañarlo intencionalmente". (87)

En este aspecto, uno de los acontecimientos más notorios y deprimentes fué el caso de Mary Allen, de 4 años de edad, quién vivía con sus padres en New York durante 1874. Recibía constante maltrato emocional y físico por parte de estos, hasta que los vecinos intervinieron llevando el caso ante el Tribunal de Justicia. No se llevó a cabo ninguna condena por considerar justa la conducta paterna y no calificar el hecho como un delito. Posteriormente el caso se presentó ante la Sociedad Protectora de Animales donde increíblemente la demanda prosperó. (34)

En 1860, un médico legista llamado Tarden, publicó el libro "Tratamiento del maltrato al menor" basado en una serie detallada de 32 niños con maltrato. En dicha revisión ya se reconocían las múltiples características clínicas: trauma físico, sofocación, deprivación afectiva externa, insolación, aislamiento, etc.

Por el año de 1884 se fundó en la ciudad de Liverpool la Sociedad Inglesa para la Prevención de la Crueldad del Niño. Dicha asociación reportó en sus primeros tres años 762 casos de lesión por "influencia moral" de los padres. De dichos niños, 132 se encontraban en muy mala condición física cuando fueron llevados a la corte.

Desde la primera mitad del presente siglo existe una creciente literatura sobre la muerte y hematoma subdural en niños. En 1930, Shewood efectuó una gran revisión sobre la etiología de las lesiones. Pareciera que el trauma había sido considerado como una de las causas mencionadas por Huegersum tiempo atrás. (66, 70)

En 1944 se publicó otro artículo sobre hematoma subdural en la infancia publicado por Inghraham y Metson en donde se menciona la sintomatología, fisiopatología, tratamiento y datos generales de los pacientes con este síndrome. Además, señala que el trauma constituye el factor etiológico más frecuente de esta entidad y que 11 (de los 98 pacientes) cursaron además con fracturas. Las _

hemorragias retinianas son descritas como parte del cuadro clínico junto a la malnutrición e infecciones varias. (66, 83)

El año de 1945 marca un aspecto importante en las características clínicas de estos pacientes. Caffey establece la asociación entre fracturas múltiples y hematoma subdural describiendo los casos de 6 recién nacidos entre 1925 y 1942, los cuales sufrieron hematoma subdural y lesiones en huesos largos (23 fracturas y 4 contusiones entre ellos). Todos cursaron con lesiones múltiples y evidencia de fracturas antiguas en diversos segmentos corporales en más de una ocasión; además, todos ellos ya habían sido hospitalizados por lo menos una vez en su corta vida. En base a estos hallazgos postuló lo siguiente: "las fracturas parecen ser de origen traumático, pero los episodios traumáticos y el mecanismo causal permanece obscuro". Sus escritos subsecuentes evidenciaban que se investigaba la causa. (27, 39, 83)

Este artículo de 1946 también contiene la primera descripción de los tres datos radiológicos actualmente conocidos y asociados al Síndrome del Niño Maltratado: engrosamiento cortical externo, fragmentación metafisiaria y fracturas diversas en los huesos. Ulteriormente se publicaron otros artículos sobre la asociación de fracturas con hematoma subdural. (74, 27)

Es hasta 1958 cuando Fisher llama la atención sobre la necesidad de sospechar el maltrato de menores por parte de los padres y, posteriormente, Silver y Kempe presentaron un artículo sobre el problema de la negligencia paterna y sobre el abuso del niño ante la Sociedad Americana de Pediatría en 1959, donde se enfatiza la necesidad de reconocer la existencia de abuso. Para tal efecto, hacen mención de un estudio de 46 homicidios en niños de los cuales 36 fueron asesinados por sus padres o personas con alteración "psicológica" que los cuidaba. El cuadro clínico presente en estos casos era totalmente aberrante y las razones que se asignaban como la causa del fallecimiento eran completamente inadecuadas. (36)

En 1961 Kempe da a conocer su artículo histórico donde propone por primera vez el término **Síndrome del Niño Golpeado** definiéndolo como "... el uso y abuso de la fuerza física, en forma intencional, no accidental dirigido a lesionar o destruir a un niño, ejercido por el padre o cualquier otra persona responsable del cuidado del menor". Dicho artículo es presentado ante la Academia Americana de Pediatría donde es dado a conocer al medio médico el **"Síndrome del Niño Maltratado"** (SNM) que, dependiendo del abordaje a su problemática, ha motivado se modifique (sin aceptarlo) como Síndrome de Abuso al Niño que igualmente amerita urgente acción e investigación. (36)

De estos antecedentes a la fecha, la mayoría de instituciones del sector sa-

lud a nivel mundial se han abocado al estudio del padecimiento en su medio, de acuerdo a circunstancias particulares y a la misma idiosincrasia que como seres - en sociedad poseen, con el fin de conocer e identificar lo mejor posible la génesis, manifestaciones clínicas y el pronóstico de estos menores de acuerdo a su medio ambiente específico. (10, 14, 45,79)

Dentro de este mismo contexto histórico, se menciona especialmente lo sucedido en nuestro país ya que el concepto de vida y manifestaciones del proceso salud enfermedad tienen características especiales.

En México, desde el más remoto pasado, la vida siempre ha estado matizada por el aspecto mágico-religioso que culturalmente hemos heredado. Desde su inicio, la vida giró alrededor de un concepto totalitarista en donde el ser viviente debía servir a la divinidad imperante y brindar la ofrenda más preciada a través del sacrificio humano.

En nuestro pasado, independientemente del grupo cultural del que se trate, existían pautas de conducta civil y de educación que podrían considerarse ya como maltrato (y de los cuales algunos de ellos persisten).

Los mazahuas, otomíes y tarahumaras acostumbraban ante un "niño desobediente" obligarlo a inclinar la cabeza sobre el humo procedente de la cocción de alimentos irritantes. Otros castigos consistían en colgar al menor de los cabellos de las sienas mientras se les pega con varas o se les obligaba a caminar descalzos_ o hincados sobre grave mientras sostenían un objeto pesado sobre sus hombros. (5, 66)

Así, existen muestras claras del maltrato físico al ser vivo en el México Antiguo plasmados tanto en algunos cantares mexicanos como en códices diversos (Tudela, Magliabechi, Borgia, Borbónico, Mendocino). En la mayoría de los códices citados se aprecia maltrato físico que era característico en la población que formaba parte de la teocracia impresionante de carácter místico-guerrero. A continuación se citan algunos ejemplos de los múltiples existentes: "en la fiesta del quinto mes, Toxcatl dedicado a Tezcatlipoca, se hería con una navaja de piedra a los jóvenes y niños de corta edad en el pecho y estómago" "en el octavo mes, durante la fiesta dedicada a Tláloc, se castigaba a los niños por faltas y errores cometidos en el ayuno de 4 días, se les asía de los cabellos, maltrataba y finalmente se les arrojaba al lodo". Mendieta menciona dos sentencias_ de tantas existentes: "los padres son capaces de castigar a los hijos para corregirlos y educarlos... en caso de mentiras de los niños durante su educación, se les puede herir los labios sin lesionar otras partes".

En la época colonial, que se inicia con la "conquista" de Tenochtitlan y en donde la clase dominante era la raza blanca, los indígenas fueron sometidos a la esclavitud y la disciplina de España fué impuesta en las tierras conquistadas. Los niños de clase blanca y mestiza eran sometidos a rigurosa educación, tanto en el hogar como en las escuelas; se escuchaban varazos y azotes basados en "la_ letra con sangre entra".

En la primera parte del México Independiente y hasta la época Porfiriana, los terratenientes se esforzaban en obtener concesiones y franquicias explotando al pueblo mexicano y sometiendo a los niños a trabajos pesados en las minas o en las tierras de cultivo, con jornadas prolongadas y mínima cantidad de alimentos. La Constitución de 1917 con el Art. 123 presenta la primera tentativa de modificar dichas condiciones en bienestar de nuestros menores; sin embargo, a pesar de los adelantos en materia legal, educativa y social en nuestro país persisten formas de maltrato en todas sus modalidades y en diversos grados.

En este sentido, Marcovich en 1978 es el primero en tratar de estudiar el problema y presenta una pequeña muestra de la patología en México al analizar 686 - casos periodísticos de menores maltratados de diversa forma. Esta investigación_ ha constituido la base sobre la cual se han erigido los nuevos conceptos sobre la entidad y que son similares a las de cualquier otra parte del mundo a pesar de las diferencias obligadas por el tipo de sociedad en que vivimos. (49)

Por otra parte, Ruíz Taviel establece la definición más coherente y completa acorde a nuestra sociedad y a la forma de presentación de dicha entidad: "Es el conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad como consecuencia directa, no accidental, de un mayor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social. El niño presenta frecuentemente signos de haber sido golpeado, pero con pruebas secundarias de privación emocional, alimentaria, descuido y malos tratos". (78)

II. EPIDEMIOLOGIA

En el transcurso de los últimos 20 años el SNM ha alcanzado mayor atención por parte de los trabajadores para la salud, sobre todo en aquellas poblaciones donde el síndrome ha alcanzado proporciones epidémicas.

En los EUA el problema se encuentra relativamente bien documentado. Tober (94) reportó en 1995 que el Departamento de Salud y Servicios Humanos y la Asociación Médica Americana estimaron casi un millón de maltrato (físico, emocional y/o sexual) que se presentan cada año; así mismo, de 2 500 a 5 000 muertes anuales por esta causa se presenta entre la población infantil. Finalmente, afirma que 22.6 de cada 1000 niños norteamericanos han experimentado alguna forma de maltrato y abandono.

En México, a pesar de que se intuye que el problema es grave también, no se cuenta con información estadística completa al respecto. Este hecho tiene varias causas:

- a) La mayoría de los reportes no se efectúan de manera adecuada básicamente por desconocimiento por parte del personal de la salud y de los demás grupos que conforman la sociedad, de la entidad y sus manifestaciones diversas. Esta situación ha condicionado que no exista una adecuada legislación sobre los derechos del niño y las obligaciones del adulto para con él. (6, 10, 13, 91)
- b) Ignorancia con respecto a las instancias jurídicas u otro tipo de instituciones que se encargan de recibir la denuncia. (10)
- c) Falta de asociaciones estatales o privadas verdaderamente comprometidas en la recopilación de información y datos en general que permitan tener un conocimiento real de la entidad en nuestro medio. (3, 13, 44)

Además de los puntos señalados, en los hospitales de México no existe clasificación de este síndrome a nivel de archivos médicos lo que dificulta aún mas la posibilidad de realizar estudios serios al respecto.

Otros elementos de importancia a considerar son los relacionados a nuestra

propia estructura sociocultural como son:

- a) Temor por parte de los familiares o personas ajenas a la familia para denunciar los casos.
- b) Deficiencias legales persistentes dentro de nuestros estatutos jurídicos para proteger al niño como individuo.
- c) Aceptación social del castigo al menor como medio educativo y la incapacidad para delimitar con precisión los parámetros en los que se incluye éste.

A pesar de estos puntos en contra, se han podido realizar algunas inferencias en base a la bibliografía mundial y en estudios recientes realizados en nuestro país para delimitar el marco epidemiológico. A saber:

- 1) La entidad es más frecuente en familias numerosas y de bajo nivel socioeconómico. La estructura y dinámica familiar alterada también se consideran como predisponente. (17, 31, 55, 75, 89, 115)
- 2) Presencia de características "especiales" por parte del menor: peso bajo al nacer, malformaciones, retraso psicomotor, etc. (3, 15, 57)
- 3) Padres con cociente intelectual por debajo del promedio y/o con la presencia de alguna alteración psiquiátrica (incluyendo el empleo de sustancias) (15, 17, 51, 61)
- 4) Es más frecuente entre niños de 4 a 6 años. En relación al sexo, no existe diferencia significativa a excepción del abuso sexual que en la actualidad es ligeramente más frecuente entre los niños. (15, 17, 57)
- 5) En cuanto a la mortalidad, en nuestro medio se piensa que significa hasta un 55 % ya que la mayoría de reportes (si se dan) son posteriores a internamiento en hospitales pediátricos. (44, 102, 115)
- 6) Se considera a la madre como la principal agresora ya que, regularmente, permanece en contacto con el menor mayor tiempo. Es seguido del padre y finalmente otros (familiares diversos, cuidadores, maestros, etc). (15, 16, 17, 51)
- 7) Los padres de los menores agredidos tienen edades entre la 2a y 3a década de la vida. (15, 17, 51)

- 8) Aproximadamente 15% de los agresores fueron a su vez niños golpeados, productos de embarazos no deseados, madres solteras, con problemas de pareja, dificultades económicas y con rasgos o estructuras de personalidad con tendencias agresivas. (15, 17, 53, 55, 68, 75, 89)

III. ETIOLOGIA

La complejidad en el conocimiento de la génesis del SNM es tal que, a pesar de la profusa investigación para determinar la etiología, no ha sido posible determinarla con exactitud y sólo se ha logrado identificar factores predisponentes.

Es conocido que para la existencia de una enfermedad cualquiera debe existir un desequilibrio en el bienestar del estado bio-psico-social del individuo producido por alguna alteración dentro de la interacción agente-huésped-ambiente. En lo referente al presente trabajo, dicha triada se da con el agente (adulto agresor), huésped (menor agredido) y ambiente (familia o medio en el que se desarrollan). A continuación se describen someramente la participación de cada uno de estos elementos en la génesis del SNM.

- a) Huésped (menor agredido). Es el receptáculo directo de la agresión y se ha visto que puede cursar con patología primaria que motive el maltrato. (3, 15, 17, 57)
- Malformaciones congénitas o cromosomopatías que despierten sentimientos de frustración y agresión por parte de los padres o familiares cerca nos. Fenotipos de estas condiciones pueden condicionar rechazo y deprivación emocional sobre todo si el menor presenta problemas de aprendizaje y en desarrollo psicomotor.
 - Niños con talla baja al nacimiento y/o durante el crecimiento. Esta situación puede condicionar una concepción mal orientada por parte de los padres y/o cuidadores hacia la exigencia o rechazo de los alimentos por parte del menor, condicionando maltrato.
 - Niños con trastornos de conducta. A manera de ejemplo los niños autistas o los hipercinéticos que por las características propias de su padecimiento presentan dificultades de manejo. El desconocimiento del adulto de dichos elementos y/o la pobre tolerancia ante ellos condiciona en mayor medida la agresión.

- Niños no deseados. Producto de embarazos accidentales y cuya base psicológica agresiva es llevada por los padres en su relación con el menor incluso hasta la edad adulta.

- Niños normales con patología dependiente exclusivamente del adulto.

b) Agente (adulto agresor). Con características especiales que igualmente pueden generarse desde edades tempranas y/o presentar condiciones específicas desencadenantes. (15, 17, 23, 35, 38, 42, 53, 55, 61, 89)

La problemática que se maneja a nivel individual es tal que un gran porcentaje de los agresores fueron a su vez niños maltratados en lo físico y/o emocional. Dichos elementos permanecen en el bagaje psicológico del individuo creando sentimientos de agresividad que puede proyectarse como tal con las personas existentes a su alrededor. Se relaciona un sentimiento de inferioridad en relación al concepto "niño" y de superioridad para el "adulto" asociándolo a disciplina, justicia y poder que condiciona actitudes agresivas hacia el menor. A este respecto, el agresor puede poseer alguna

o todas de las características siguientes:

- Haber sido hijos no deseados. Ocasiona que no se encuentre suficientemente fortalecido el sentimiento de identidad, desencadenándose agresión por el recuerdo de su condición de niño y concibiéndose la etapa adulta plena de "derechos" en todo aspecto.
- Existencia de maltrato físico y/o emocional durante las primeras etapas de la vida. Condiciona la incapacidad de experimentar relaciones afectivas adecuadas y armónicas manteniéndose la agresión como única forma de interacción.
- Alteraciones psiquiátricas específicas. Se han determinado en algunos estudios que se puede encontrar algún trastorno mental que condicione directamente conductas agresivas (psicosis, alt. graves de la personalidad, influencia de sustancias). En nuestro medio, se considera como un factor predisponente el estar bajo los efectos de alguna droga.

Crisis o momento especial. Como parte integral de la vida cotidiana pueden presentarse eventos que propicien momentos de agresividad en el adulto que son canalizados hacia los elementos más vulnerables (niños). Dichas situaciones pueden ser económicas, biológicas y sociales.

c) Medio ambiente (familia). Constituye el entorno que determina y/o influye en el tipo de interacción que se presenta entre el menor y el adulto agresor. (56, 77, 100)

El hombre, como ente social, requiere de la asociación con otros individuos para lograr cubrir todas sus necesidades vitales y lograr un adecuado desarrollo en los diversos aspectos que comprenden su existencia. En este sentido, la familia constituye la base estructural fundamental de todas las culturas y es la responsable de imprimir en sus miembros un sentimiento de identidad y separación necesarios para integrarlos a la sociedad y garantizar continuidad a su existencia con el crecimiento psicosocial de cada uno de sus elementos. (1, 19, 59)

Por otra parte, el hombre es una unidad cuerpo-mente y la actividad psíquica no es producto exclusivo del cerebro, sino que emerge del funcionamiento integrado del organismo y su relación con el entorno. La mente humana se desarrolla a medida que el cerebro procesa y almacena sus múltiples capacidades estimuladas tanto interna como externamente. La información, actitudes

y formas de percibir son asimiladas y almacenadas convirtiéndose así en una parte de la forma de acercamiento personal al contexto habitual con el que interactúan. La familia constituye un factor significativo en este proceso; es un grupo social natural que determina la respuesta de sus miembros a través de estímulos tanto internos como externos. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia vital de todos sus miembros. En muchos

casos, se le puede mencionar como la parte extracerebral de la mente. (1, 19, 59)

Con dichas consideraciones, los conflictos de la familia constituyen per se factores patógenos muy importantes. En el acontecer morboso, los factores psicodinámicos individuales y sociodinámicos se encuentran estrechamente entrelazados y la "patología" del individuo pueden ubicarse en el interior de éste, en su contexto familiar y/o social o en la retroalimentación entre ambos. (48, 56)_

Por este motivo, el interés por los aspectos relativos al tipo de interacciones familiares es obligado en el análisis del problema del matricidio infantil. Las familias con funcionamiento inadecuado tienen mayor dificultad para establecer relaciones, papeles y funciones; por tal razón, tienen menor capacidad de adaptarse a nuevas situaciones, al estrés y

afrontarlos. (11, 30, 77)

Resulta evidente que diversas circunstancias sociales y características personales trascienden en forma profunda en el funcionamiento familiar. De los más representativos dentro de la génesis del SNM tenemos:

- Pobreza. El problema económico puede determinar la capacidad de la familia para desempeñar sus funciones elementales; además, se asocia a mayor índice de padres solteros, divorcio, violencia intrafamiliar y niveles más bajos de educación. Pueden presentarse también problemas relacionados con la estimulación, disposición y tiempo de los padres para interactuar con los hijos, capacidad de satisfacer las necesidades mínimas de enseñanza y recreación. Sin embargo, la pobreza económica no debe confundirse con la pobreza de afectos. Los padres de diversas clases sociales pueden no presentar mucha diferencia en el grado de calor y aceptación de los hijos así como en la forma de expresarlo. (96, 100)
- Apoyo social deficiente. Las relaciones sociales brindan apoyo emocional y afecto, información y orientación, compañía e intimidad así como sostén tangible. Los adultos y menores que cuentan con los recursos mencionados pueden funcionar mejor en sociedad y afrontar los factores adversos. El desarrollo social adecuado requiere de un entorno familiar de apoyo, el cual incluye: rendimiento académico, madurez psicosocial, orientación y manejo adecuado acorde a la etapa de desarrollo, ajuste psicológico y autoestima.

Cualquier alteración en alguno de dichos elementos pueden condicionar alteraciones en el funcionamiento familiar y potencialmente generar agresión.

Como puede observarse, los diferentes aspectos que conforman la triada se interrelacionan e incluso superponen ampliando obligadamente el campo de estudio y a bordaje de este problema.

IV. CUADRO CLINICO

A diferencia de lo que pudiera pensarse, el Síndrome del Niño Maltratado comprende varios tipos de abuso cuyas Manifestaciones son de diversa índole y de grado variable (desde las más evidentes hasta las más sutiles que pasan fácilmente desapercibidas); sin embargo, muy frecuentemente dichas manifestaciones se encuentran estrechamente asociadas y rara vez se presentan aisladas.

A continuación se describen cinco grandes grupos que engloban a las diversas manifestaciones clínicas. Todos ellos son sumamente importantes.

1. Abuso Físico. Comprende la agresión directa e intencional ejercida por los padres o la (s) persona (s) encargada (s) del cuidado del menor. Se considera el tipo más frecuente de ataque, aunque pudiera ser que sólo sea el que_ provoque las manifestaciones más evidentes. Las más comunes son:
 - Fracturas. Habitualmente se encuentran en diferente estadio de consolidación y presentan datos clínicos diversos de acuerdo al sitio de la lesión. En cráneo pueden evidenciarse como crisis convulsivas, alteraciones de pares craneales, etc. En tórax se presentan fracturas costales con complicaciones como neumotórax. En la porción cervical las lesiones pueden condicionar compresión medular con la sintomatología subsecuente. También las localizadas en extremidades, con deformaciones óseas evidentes, trastorno en el desarrollo óseo normal.
 - Quemaduras. Ocupan el segundo lugar en frecuencia dentro de este grupo. Pueden ser ocasionadas por diversas vías: aplicación directa de cigarrillos encendidos, planchas calientes, fuego directo, líquidos

hirviendo, etc.

- Manifestaciones cutáneas. Son producidas por las agresiones locales en alguno(s) de los segmentos del cuerpo. Estas agresiones pueden ser directas (golpes) o indirectas (al provocar caídas o golpes contra superficies duras). Incluye, además de las producidas por fracturas y quemaduras, a las magulladuras, hematomas y/o laceraciones.
- Lesiones abdominales. Entallamiento de vísceras con presentación de abdomen agudo.

Varios. Incluye las heridas provocadas por arma de fuego o arma blanca, ahorcamiento o intento de ahorcamiento y mordeduras. También incluye en este subgrupo a las mutilaciones intencionales en el organismo del menor_ para fines de mendicidad.

En términos generales todas las lesiones enunciadas comprenden cuatro tipos de consecuencias a nivel físico: no incapacitantes, con incapacidad temporal, con incapacidad permanente y condicionantes de muerte. (4, 32, 33, 37, 39, 63, 71, 76, 83)

2. Negligencia en la Alimentación. Se define como la falta o deficiencia de su ministro alimenticio a un menor de manera intencional. Resulta significativo ya que en muchas ocasiones condiciona la presencia de los diferentes grados y tipos de desnutrición (sobre todo los más graves) y ocasionan gran deterioro global del menor (incluyendo la muerte).

En nuestro país este punto debe considerarse muy cuidadosamente, ya que se_ ha demostrado que buena parte de la población (sobre todo la infantil) padece de algún tipo de desnutrición sin que intervengan factores de negligencia. Como ya es sabido, el origen de este problema son las deficiencias eduracionales y económicas que en nuestra nación (y en muchas otras) prevalecen.

Cabe mencionar que dentro de este grupo se encuentra la privación parcial o completa en el suministro de agua a los menores. Este hecho puede manifestarse como desequilibrios hidroelectrolíticos de grado variable y cuyo origen no se encuentra bien establecido. Varios autores coinciden en afirmar, que el negar alimento al menor

representa una de las agresiones más crueles que puede sufrir.

(21, 27)

- Abuso Sexual. Incluye todo ataque al menor en este sentido y abarca: violación, empleo de los menores como objetos de pornografía y actitudes tendientes a originar temor o perversión en este aspecto. El sexo más frecuentemente afectado es el femenino, pero cada día aumenta la proporción de menores masculinos atacados. Las manifestaciones clínicas encontradas comprenden: vulvitis, vaginitis, enfermedades de transmisión sexual a edades tempranas, sangrados (vaginal y/o anal), alteraciones de la conducta (aislamiento, agresividad, sentimientos de culpa, temor heterodirigido y/o hacia el adulto agresor). (12, 54, 69, 88, 93, 95, 101)

4. Abuso Emocional. Se evidencia de manera más clara en las siguientes condiciones:

- El menor de cualquier edad que es abandonado completamente a su suerte en lugares ajenos a su hogar, sin que el adulto responsable de su cuidado y protección se encargue de él. Su destino puede ser alguna casa de cuidado a menores abandonados o, con el tiempo, convertirse en individuos que habitan en las calles (niños de la calle).
- Cuando el menor es encerrado en su casa en ausencia de estímulo emocional y que recibe solo el suministro mínimo necesario de nutrientes para sobre vivir. Un ejemplo extremo de esta situación la representan los casos conocidos de niños que se encuentran postrados en una cama sin hablar, sin caminar y que no poseen alguna causa biológica que condicione de manera directa dicha situación.
- Cuando el menor es utilizado para adquirir retribuciones económicas al través de la mendicidad, el robo, la prostitución, etc y que, además son severamente agredidos de otra manera.
- Cuando el menor se convierte en una continua y crónica víctima

propiciatoria de represión y rechazo llegando hasta el extremo de provocarle terror. En ocasiones este tipo de abuso puede ser tan sutil que pase inadvertido para la sociedad en general e, incluso, aceptado.

El abuso emocional siempre coexiste con el resto de manifestaciones comentadas de maltrato. (20, 23, 42, 53, 61)

5. Negligencia en Cuidados Médicos. Al parecer, es el menos frecuente en nuestro medio y comprende la negligencia en el tratamiento de un menor con enfermedad (aguda, subaguda o crónica) curable o incurable pero que puede ser controlable. Manifestaciones al respecto: falta de insulina para el diabético, broncodilatadores para el asmático, transfusiones sanguíneas, asistencia cardiorrespiratoria, hospitalización o cualquier otra atención médica urgente. El tipo de alteraciones presentes son dependientes del tipo de patología que sufra el menor y se sospechará en aquellos casos en los cuales los efectos de su disfunción údieron haber sido evitados y/o previstos por los adultos encargados del menor. (21, 26, 27, 63, 81)

V. DIAGNOSTICO

La parte fundamental para realizar un buen diagnóstico es el "pensar" que la_ patología puede encontrarse presente. Para tal efecto, es muy importante conocer la diversidad de manifestaciones que puede tener este síndrome y mantenerse alerta a ciertas situaciones indicadoras de la posible presencia de éste. A saber:

1. Información acerca de la historia del padecimiento.
 - Hallazgos clínicos en desacuerdo con las descripciones de los padres o del adulto encargado del menor agredido.
 - Solicitar en repetidas ocasiones los servicios de urgencias médico-hospitalarias por las mismas causas o lesiones similares.
 - Evidencia de desórdenes familiares ocasionados por diversos factores: económicos, empleo de sustancias, evidencia de agresiones en otros miembros de la familia, etc.
 - Resistencia de él o los informantes a dar detalles de la posible etiología de la situación del menor.
 - Retardo en presentar al menor para la atención médica correspondiente.
 - Discrepancia entre las versiones de la madre y el padre o de otros elementos encargados del cuidado del menor, de como se presentó la enfermedad o lesión presente.
 - Cuando el menor es llevado al servicio médico por otras quejas potencial mente asociadas con abuso y/o negligencia: frío, cefaleas, dolor abdominal, etc.
 - Datos de lesión o daño anterior a la admisión en el servicio

médico (lesiones antiguas).

- Padres que tienen una respuesta o reacción inapropiada a la severidad de la lesión del menor (ejem. extremada tranquilidad ante una alteración o enfermedad grave).

2. Hallazgos del examen físico.

- Signos generales de negligencia: deficientes condiciones de higiene, mal nutrición (sobre todo desnutrición), abandono, irritabilidad, hipo estimulación, etc.

Presencia de manifestaciones físicas de daño: hematomas, magulladuras, contusiones, erosiones, quemaduras, zonas inflamatorias, evidencia de lesiones antiguas ya curadas, etc.

- Presencia de lesiones y/o enfermedades poco comunes o en segmentos corporales infrecuentes.
- Evidencia de estados variables de depresión del SNC (sopor, estupor y coma), convulsiones e incluso muerte pero sin causa justificada.

3. Hallazgos radiológicos. Las lesiones sugestivas comprenden hemorragias sub-periósticas, separaciones epifisiarias, levantamiento perióstico, fragmentación metafisiaria, calcificaciones periósticas de fracturas previas, lesiones en escuadra de las metáfisis, engrosamiento cortical externo, etc.

Dentro del diagnóstico, es importante considerar a las patología con las que debe hacerse diagnóstico diferencial como:

1. Enfermedades óseas. Escorbuto, raquitismo, hiperostosis cortical infantil, osteogénesis imperfecta, etc.
2. Infecciones. Síndrome de TORCHS.
3. Defectos en la coagulación. Hemofilia, púrpura trombocitopénica, hipoprotrombinemia, etc.
4. Traumatismos accidentales.

El realizar un diagnóstico oportuno y adecuado es sumamente importante, no solo porque permite implementar un tratamiento integral indispensable para este síndrome, sino porque puede contribuir para evitar mayores daños en el menor. Se ha comprobado que la gran mayoría de niños que retornan al ambiente agresor son nuevamente lesionados (física y psicológicamente). (30, 40, 44, 52, 55, 60, 61, 79, 97, 102)

VI. TRATAMIENTO

La conducta terapéutica hacia el Síndrome del Niño Maltratado debe aplicar medidas encaminadas a la evaluación y manejo de todos los factores involucrados en el problema. Para tal efecto, deben considerarse la intervención multidisciplinaria para no solo "curar" las evidencias físicas de la patología, sino tratar de modificar las condiciones predisponentes. (22, 41, 79)

En cuanto a la atención médica inicial, es necesario sensibilizar al equipo (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc) para "ir un poco más allá" de las evidencias sistémicas y "pensar" que la patología puede estar presente. Esto podría lograrse con el conocimiento adecuado de todas las manifestaciones que este síndrome puede tener (biológicas, psicológicas y sociales). El personal médico debe realizar una historia completa y exhaustiva posterior a la estabilización de la problemática aguda que condicionó la atención. El área paramédica puede intervenir en detectar situaciones "especiales" que la mayoría de las veces no les es ajena (actitud de los padres, lesiones "escondidas", etc) y reportarlas de inmediato. Los trabajadores sociales pueden detectar factores predisponentes y/o alteraciones muy evidentes de la dinámica familiar. (12, 28, 73, 74)

Una vez que el diagnóstico se ha establecido, la terapéutica debe enfocarse al paciente y al medio en que se desarrolla éste con intervención directa de psiquiatría, psicología, trabajo social y el área jurídica. El especialista en salud mental debe estar idealmente entrenado en este tipo de problemas (sobre todo en intervención familiar)

para establecer más adecuadamente las alteraciones del menor, del adulto agresor y del medio ambiente en el que se desarrollan. Es importante iniciar desde las primeras etapas las terapias de apoyo necesarias. (48, 58, 65, _ 67)

Dentro del ámbito jurídico la intervención debe ser preferentemente obligada ya que a pesar de las deficiencias que en este aspecto aún existe en nuestro país puede funcionar para evitar que el menor regrese sin remedio al ambiente agresor. En una importante proporción de casos se puede lograr separar al niño del núcleo familiar hostil mientras se realizan las investigaciones complementarias y se inicia con el aspecto psicoterapéutico del agresor y de la dinámica familiar. (10,

47, 65, 73, 77)

Desgraciadamente, esto solo se observa basicamente cuando se presentan datos gravemente evidentes (padres con alteración psiquiátrica importante, antecedentes penales de los agresores, maltrato físico severo, etc).

Como puede observarse, se trata de un problema altamente complejo que requiere de la intervención entusiasta de múltiples profesionales interesados verdaderamente. Finalmente, la base principal del manejo se dá a nivel de la rehabilitación y prevención de nuevas agresiones lo que obliga mayor intervención de redes sociales más complejas ya que, a pesar de ser un problema con predominio de evidencia física, tiene su génesis y mantenimiento en la sociedad en general y en la familia, en lo particular. (47, 48, 58, 77. 90)

JUSTIFICACION

Como ha podido observarse, el Síndrome del Niño Maltratado constituye un problema de salud pública de gran importancia debido a sus grandes consecuencias en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En este sentido, nuestra responsabilidad debe ir más allá de la detección oportuna, tratamiento y rehabilitación. Como en cualquier otro proceso mórbido, la prevención es lo determinante y para que esto sea posible es necesario el conocimiento integral de los factores que intervienen en la génesis del problema.

El hombre, como ente social, requiere de la asociación con otros para cumplir sus necesidades básicas. La familia constituye el núcleo primario de asociación y sus características influyen directamente sobre cada uno de sus integrantes ya sea de manera positiva o negativa.

En el tema que nos ocupa, el conocer acerca de la estructura familiar y de su dinámica específica, constituye un punto de partida importante para la comprensión de este síndrome tan complejo y multifactorial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existe disfunción dentro de las familias de los niños con maltrato ?

¿Cuál es la frecuencia de disfunción entre las familias de niños con diagnóstico de maltrato en un hospital pediátrico ?

¿Cuál es de la dinámica familiar representa la de mayor conflicto ?

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la estructura familiar de niños con diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado atendidos en un hospital pediátrico de la ciudad de México.

- 2.- Conocer la dinámica familiar de niños con diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado en un hospital pediátrico de la ciudad de México.

Conocer la incidencia de disfunción y el área más afectada dentro de las familias de niños víctimas de maltrato.

DISEÑO

Es un estudio descriptivo, abierto, observacional y transversal.

MATERIAL Y METODOS

I. UNIVERSO

Se estudiaron a todas las familias de niños atendidos en el dentro del servicio de Urgencias del lo. de mayo al 31 de agosto de 1996 y que incluyeran el Síndrome del Niño Maltratado dentro de sus - diagnósticos de ingreso. Este fué integrado por el grupo de médicos encargados del servicio.

II. CRITERIOS DE INCLUSION

- Familias de pacientes atendidos en el Y que contaran con diagnóstico de SNM dentro de su expediente clínico.
- Familias que aceptaron someterse a la aplicación del instrumento.

III. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Familias de pacientes que no hayan cumplido verdaderamente con los criterios internos para integrar SNM a consideración del equipo médico encargado del_ servicio.
- Familias que no aceptaron someterse a la aplicación del

instrumento.

IV. INSTRUMENTOS

A las 20 familias se les aplicó el Cuestionario de Estructura y Dinámica Familiar (ver anexo) que consta de 40 reactivos que son respondidos de manera verbal directa y libremente por los integrantes de la familia reunida. Las respuestas son registradas por el entrevistador.

Dicho instrumento fué diseñado y validado por el Dr. Ruiz Velasco, Ing. J. Cortés y cols. en el año de 1995 (próximo a publicarse) e involucra 9 áreas basadas en el modelo de Mac Master y que conforman el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia: Autoridad, Control, Supervisión, Afecto, Apoyo, Conducta, Comunicación, Enojo y Recursos. Dichas áreas son valoradas dentro del instrumentos con 3 a 5 items cada una.

Finalmente, deben ser evaluados cada uno de los items asignándoles un valor ordinal de 1 a 4 de acuerdo al funcionamiento familiar del inciso en particular.

La información proporcionada por el instrumento resultan de utilidad para conocer la estructura y dinámica familiar con la valoración de diversas áreas que se encuentran definidas por los autores de la siguiente manera: (103)

- Territorio: Este término hace referencia al espacio que cada quién ocupa *en* determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia, y se identifica en un momento con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.
- Roles. Son las expectativas *conscientes* o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá el otro miembro.
- Jerarquía. Es la *dimensión* de autoridad que se define como el poder o derecho de tener mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.
- Límites. Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras

entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

- Alianzas. Se llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.
- Comunicación. Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.
- Autonomía. Es la habilidad de separar o hacer elecciones con responsabilidad. El grado de autonomía saludable para un miembro de la familia está en relación a su edad y a sus potencialidades.
- Modos de control de conducta. Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de lo que es bueno y lo que es malo.
- Afectos. Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

- Psicopatología. Se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

V. PROCEDIMIENTO

A las familias a investigar se les localizó a través de la revisión de expedientes clínicos y con ayuda del servicio de Trabajo Social del hospital se les programó una cita posterior dentro de las instalaciones del hospital. Previo a la entrevista, se procedió a explicar los motivos del estudio y en seguida se procedió a aplicar el estudio personalmente por el investigador.

Una vez obtenidos los resultados de las 20 familias que se lograron reunir, se calificaron cada uno de los items de acuerdo a los criterios ya especificados por los investigadores que diseñaron el instrumento. (ver anexo)

VI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevó a cabo un análisis de frecuencia, porcentaje, puntaje T, media y desviación estándar.

Las calificaciones de cada uno de los items que conforman el instrumento, fueron comparadas con las de un grupo control que se encuentra contenido en un programa elaborado por los diseñadores del instrumento y que sirvió de base para la validación del mismo.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 20 familias de niños con diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado atendidos en el. Los resultados encontrados posterior al análisis de todos los datos proporcionados por el instrumento son:

- Considerando el tipo de familia, 11 de ellas fueron extensas (55%) y 9 nucleares (45%). Gráfica 1.
- En cuanto al estado civil de los responsables del cuidado del menor se encontró que 7 tenían matrimonio civil y religioso (35%), 5 se encontraban conviviendo en unión libre y 5 matrimonios civiles únicamente (25% cada uno). Las tres restantes correspondían a madres solteras (15%). Gráfica 2.
- Dentro de las 17 familias que contaban con figura paterna, la edad promedio fué de 34.2 años (rango de 24-48 años). La edad promedio de las 20 madres fué de 29.9 (rango de 17-46 años).
- Al evaluarse la escolaridad paterna se encontró en igual proporción los que habían cursado primaria completa, educación universitaria completa y universitaria incompleta con un 5.88 % para cada uno (un caso). Los que habían cursado primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta y educación técnica tuvieron porcentajes similares con 3 casos cada uno (17.6%). Finalmente 2 tuvieron la preparatoria concluida (11.7%). Gráfica 3.
- En lo que respecta a la escolaridad materna el mayor porcentaje se ubicó entre aquellas que tenían educación secundaria incompleta con 7 casos (35%), en segundo sitio las que contaban con primaria incompleta que fueron 5 casos (25%). El restante 3

habían concluido la educación primaria (15%), 2 tenían_ la preparatoria terminada y con un solo caso (5% cada uno) las que tenían se cundaria completa, la preparatoria incompleta y carrera universitaria sin concluir. Gráfica 4.

La ocupación del padre presentó el mayor porcentaje entre los obreros con 7 casos (41.1%) seguido de los comerciantes independientes (23.5%) y con la misma frecuencia (3) los empleados de gobierno y los desempleados (17.6% para cada uno). Gráfica 5

- En cuanto a la ocupación materna, 9 de las 20 madres se ocupaban exclusivamente a las labores domésticas dentro del hogar (45%), 4 a la actividad comercial independiente o acompañando a su pareja (20%) y 3 eran obreras (15%) Finalmente, 2 se ocupaban como domésticas (10%) y 2 como prostitutas (10%). Gráfica 6.
- El número de integrantes por familia presentó un rango de 2 hasta 9 (promedio de 5.5). El nivel socioeconómico fué en todos los casos bajo, hecho que se explica fácilmente al considerar que el tipo de pacientes atendidos por el hospital donde fué tomada la muestra atiende básicamente a personas de escasos recursos.
- En lo que respecta específicamente al funcionamiento familiar, los 9 factores se encontraron globalmente por debajo de lo esperado en relación al grupo control. (Gráfica 7). La media y la desviación estandard de cada uno de_ ellos se encuentran registradas en el cuadro 1.
- De acuerdo a los factores involucrados de manera específica, aquel que presenta mayor disfuncionalidad es que involucra a la expresión de Afectos ($X= 32.05$), seguido por el de Comunicación ($X= 33.61$) y el de Supervisión (**$X= 35.04$**). A nivel semejante (pero igualmente por debajo de lo esperado) se tienen las áreas de Control ($X= 38.26$), el Apoyo ($X= 39.05$), el manejo de Autoridad ($X= 39.84$), la expresión de Enojo ($X= 40.22$) y los Recursos para afrontar las condiciones adversas ($X= 40.92$). El área de la Conducta resulta extrañamente el menos disfuncional de todos ($X= 43.00$). Gráfica 7.

DISCUSION

En base a los resultados obtenidos se puede expresar lo siguiente:

- La mayoría de las familias encuestadas tenían constitución extensa. Esto podría relacionarse a la dificultad que existe dentro de ellas para establecer roles precisos y su consecuente influencia dentro del resto de áreas.
- Una proporción mayor de familias se encontraron establecidas dentro de un matrimonio civil y religioso, seguidas por las de unión libre y de matrimonio civil exclusivamente. Tres familias no contaban con figura paterna.
Dichos resultados muestran que, independientemente del estado civil de los padres, cualquier individuo puede ser transmisor de agresividad y que la condición de vínculo matrimonial (religioso y/o civil) no exhime de proporcionar maltrato al menor. Resulta interesante observar la presencia de maltrato en familias que no cuentan con figura paterna (madres solteras), hecho que coincide con la literatura mundial que lo menciona como factor predisponente.
- La edad promedio tanto del padre como de la madre (independientemente quién proporcione el maltrato) muestra una directa correspondencia con series estudiadas a nivel internacional.
- En cuanto a la escolaridad paterna se observó una mayor proporción entre aquellos que habían alcanzado como máximo la educación secundaria. Dicha situación se registró igualmente entre la población materna.
Los resultados no son representativos dado que existe un sesgo importante debido al tipo de población que maneja el hospital del que se tomó la muestra.
- Considerando la ocupación de los padres, la mayor proporción se encontró entre los obreros y comerciantes independientes. Dichos datos se pueden considerar _ también no representativos debido a las características socioeconómicas ya conocidas de la muestra.
- El tipo de ocupación materna corresponde a lo encontrado en otras series, donde la madre se dedica a las labores en la mayoría de los casos. El resto se desempeña además dentro de una actividad remunerada, hecho que resulta lógico al considerar las condiciones económicas de nuestra

población

- El funcionamiento familiar evidentemente mostró alteración en todas las áreas en la muestra completa. Este hecho concuerda con la literatura al respecto que lo menciona como uno de los factores predisponentes más importantes para el maltrato infantil .

- En cuanto al análisis por área específica muestra:

Afecto. Fué el rubro con mayor problemática dentro de la muestra estudiada. La expresión de afectos (sobre todo los positivos) resultaron difíciles de manejar en la gran mayoría de familias, ya que por lo regular no se divierten juntos y reciben pocos estímulos.

Comunicación. Se aprecia una deficiencia importante en la manera de comunicarse de estas familias. Existe importante grado de aislamiento social y la manera en que los integrantes participan en los acuerdos internos es disfuncional. Durante las entrevistas se pudo apreciar que en gran cantidad de casos existe un mayor acercamiento con la figura materna, aunque esto no quiere decir que dicha comunicación sea adecuada. En una buena proporción de casos el padre se encuentra ausente de la comunicación familiar.

Supervisión. La persona que más frecuentemente se encarga de supervisar las actividades dentro de la familia. Basicamente es reconocida como la más trabajadora y la de mayores responsabilidades, por lo que aumentan sus tensiones a nivel emocional y justificando la violencia. En algunas familias la disfunción es condicionada por la ausencia de vigilancia o porque ésta es proporcionada por otra persona de manera inadecuada (los hijos y/u otro familiar).

Control. Se muestran problemas en la capacidad de mantener el control dentro del núcleo familiar. Las figuras parentales (una o ambas) frecuentemente se presentan inconstantes y/o ausentes. En un importante número de casos se permite la intrusión de otras personas en este aspecto, con lo que se fomenta desorganización en grado variable llegando incluso al caos como resultado de los "dobles mensajes". Esta situación parece una

constante dentro de las familias extensas.

Apoyo. Básicamente se aprecia que en la mayoría de familias maltratadoras, se presenta un grupo desestructurado que no apoya ni acompaña a sus miembros. En el mejor de los casos, se recurre a instancias externas para la solución de problemas o cubrir necesidades de apoyo o, en última instancia sus miembros quedan solos e insatisfechos.

Autoridad. En la mayoría de casos es ejercida directamente por la madre quién permanece por más tiempo al cuidado de los hijos; sin embargo, muchas de las familias mostraron inadecuado manejo de ésta (por falta de consistencia) y otras presentaron autoridad duplicada (con dobles mensajes dentro del sistema familiar) o la falta de ella.

En este sentido es importante mencionar dos aspectos adicionales: en la mayoría de las familias encuestadas se percibe a la figura paterna_ como la de mayor autoridad (básicamente por temor) y en la totalidad de la muestra estudiada, se considera a la agresión física como una medida culturalmente aceptada de mantener la autoridad.

Conducta; Extrañamente, representa el área con menor alteración (a pesar de ser también disfuncional). Sus características se acercan en mucho a las esperadas dentro un grupo familiar funcional. Este hecho puede deberse a que una importante proporción de familias tienen sistemas que_ impresionan como rígidos en cuanto al control de la conducta y el instrumento solo valora si éste se dá o no, requiriendo una ampliación de este punto en nuestro estudio en particular. Resultaría interesante enfatizar este aspecto en otro estudio relacionado y crear las instancias necesarias para adaptar el instrumento a las necesidades específicas de esta entidad.

- Patología. Resulta importante mencionar que coincidente con lo aportado por la bibliografía internacional, solo en una mínima proporción de casos se presenta patología psiquiátrica específica dentro de los padres agresores. La problemática básica es del tipo de sobre carga psicosocial, de privación y disfunción familiar global.

CONCLUSIONES

En base a los resultados y su análisis se puede establecer lo siguiente en base a los objetivos iniciales del presente estudio:

- 1.- La estructura familiar de los integrantes de la muestra, presentaron algunas correlaciones con lo expresado en la literatura mundial: tipo de constitución de la familia, edad de los padres agresores, estado civil, ocupación materna y agresor más frecuente. Otro tipo de conclusiones no fué posible establecerse tales como la escolaridad básica del agresor, ocupación más frecuente del mismo y el nivel socioeconómico de la familia involucrada. Esto se debe a las características propias de la muestra, ya que se trataba de una población ya conocida por ser de estrato socioeconómico bajo con condiciones de educación y empleo ya esperadas.
- 2.- Como se intuía, la dinámica familiar se vió afectada en la totalidad de la muestra. Este hecho concuerda con lo establecido por otras series que lo mencionan como uno de los factores predisponentes más importantes.
- 3.- De las nueve áreas específicas que valora el instrumento, todas se encuentran por debajo de lo esperado para las familias funcionales. Sin embargo, las áreas más afectadas fueron la de expresión de afectos y la de comunicación y, por otra parte, la menos disfuncional correspondió a la que maneja la conducta de sus integrantes.

Finalmente, resulta importante mencionar la utilidad de realizar un estudio dentro de este mismo tema con el fin de considerar todos los elementos que lo conforman de manera más integral. Se está diseñando un protocolo de investigación interinstitucional, de tipo prospectivo y comparativo que involucre una

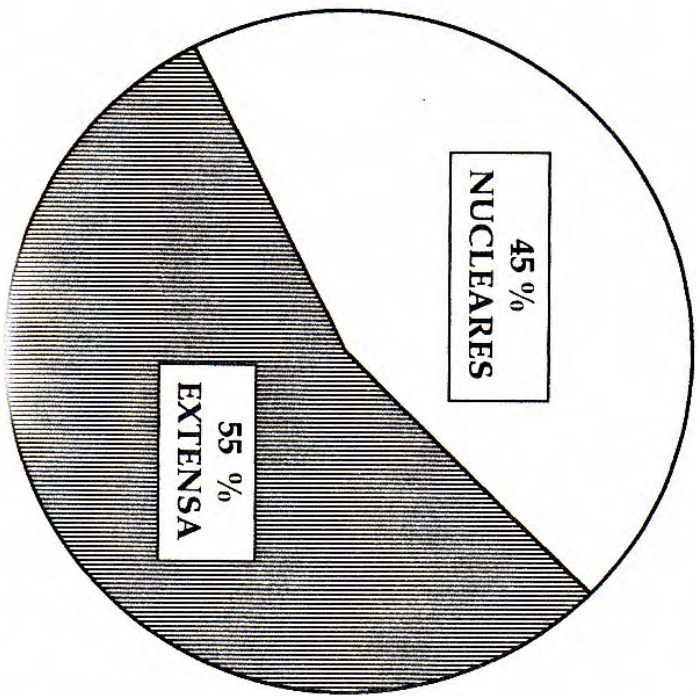
estrecha relación con el equipo interdisciplinario (pediatras,

trabajadoras sociales, etc) que inicialmente valora los casos de maltrato infantil.

GRAFICAS

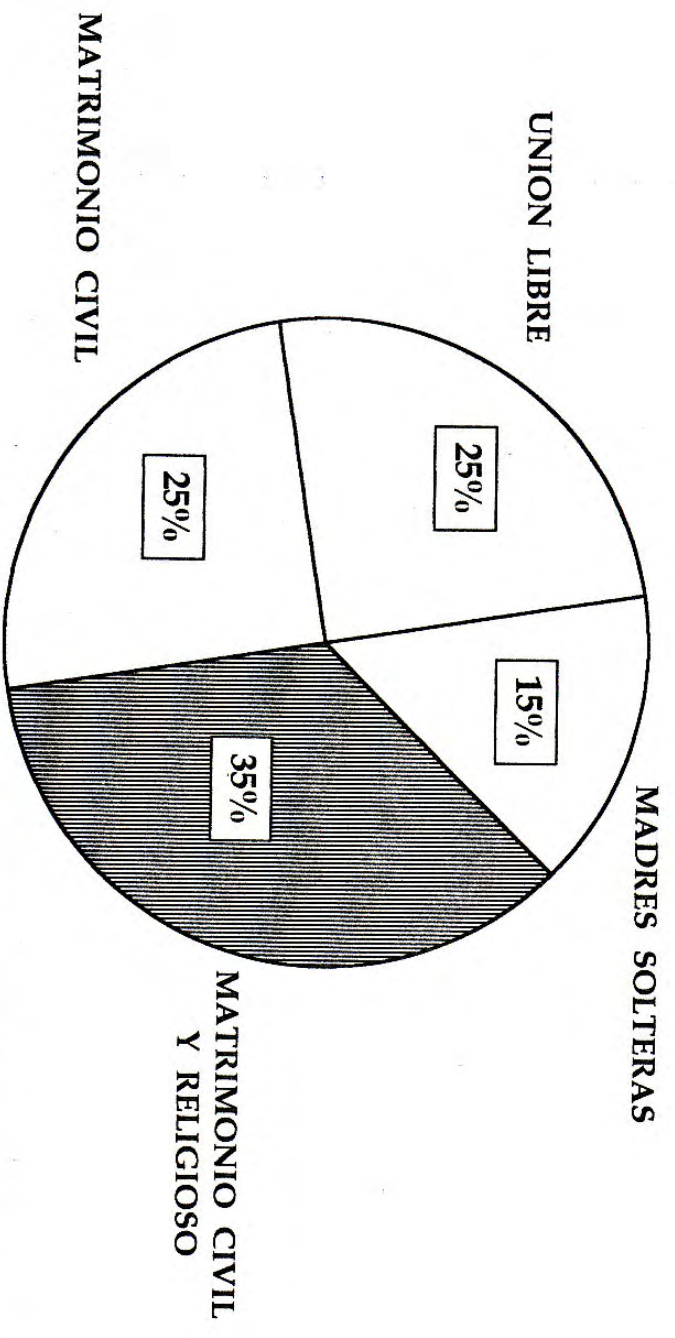
SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (DINAMICA FAMILIAR)

GRAFICA 1 TIPO DE FAMILIA



SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (DINAMICA FAMILIAR)

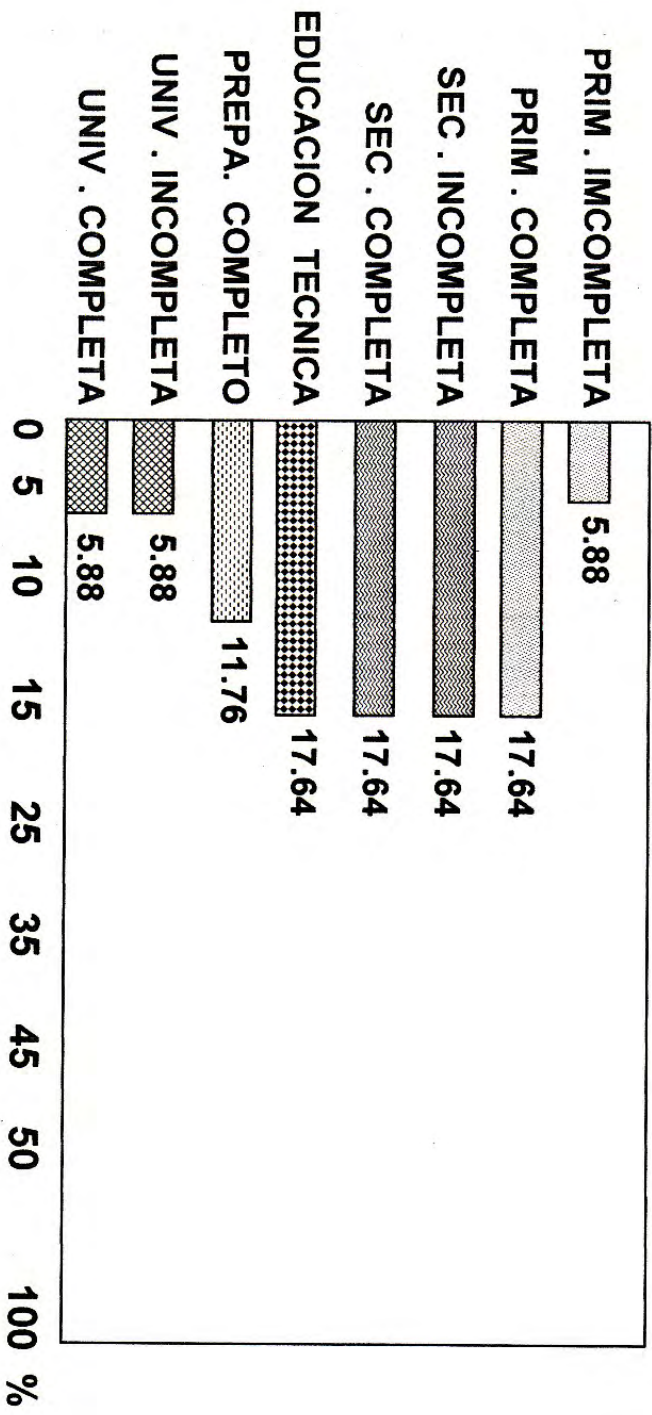
GRAFICA 2 ESTADO CIVIL



ESTUDIO DE 20 CASOS, 1996

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (DINAMICA FAMILIAR)

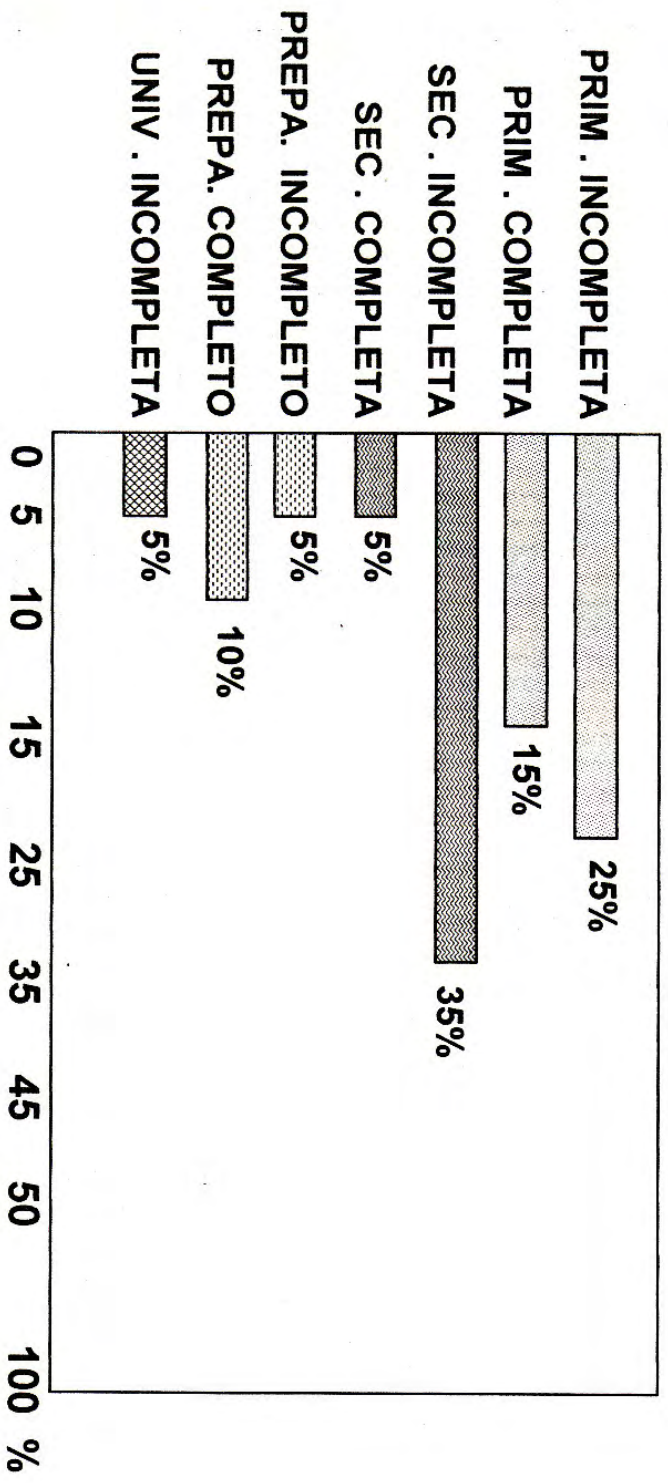
GRAFICA 3 ESCOLARIDAD PATERNA



ESTUDIO DE 17 CASOS 1996

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (DINAMICA FAMILIAR)

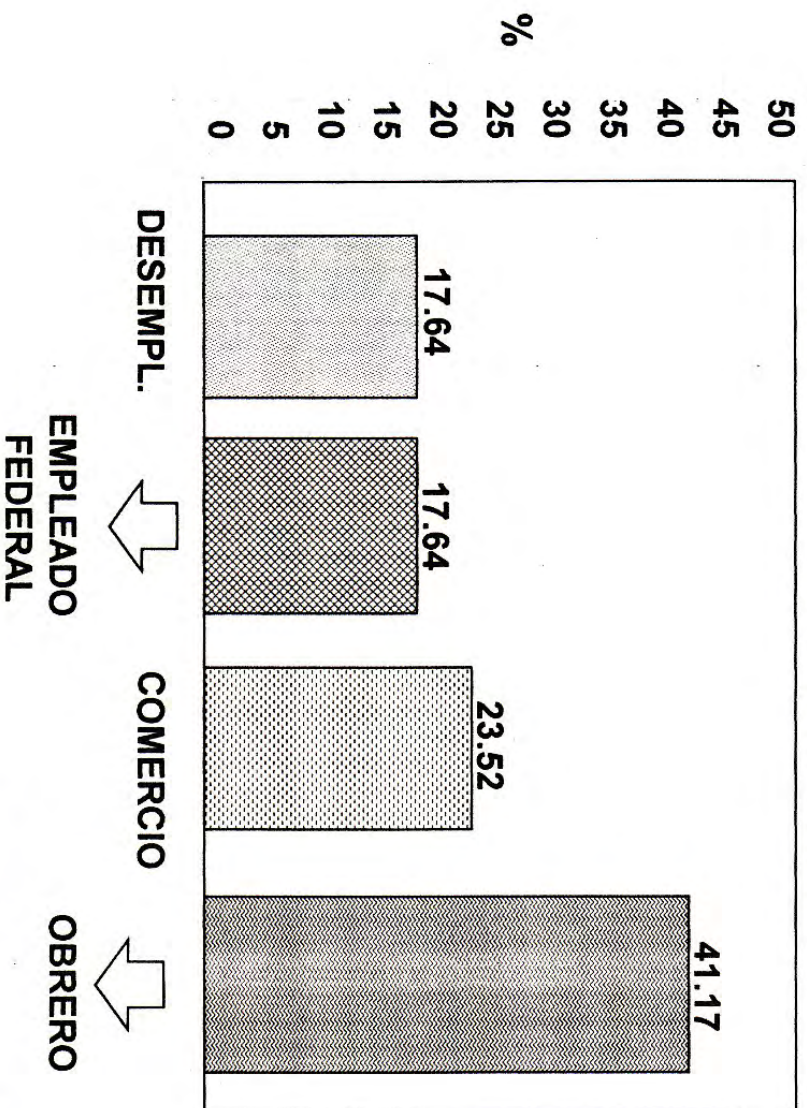
GRAFICA 4 ESCOLARIDAD MATERNA



ESTUDIO DE 20 CASOS 1996

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (DINAMICA FAMILIAR)

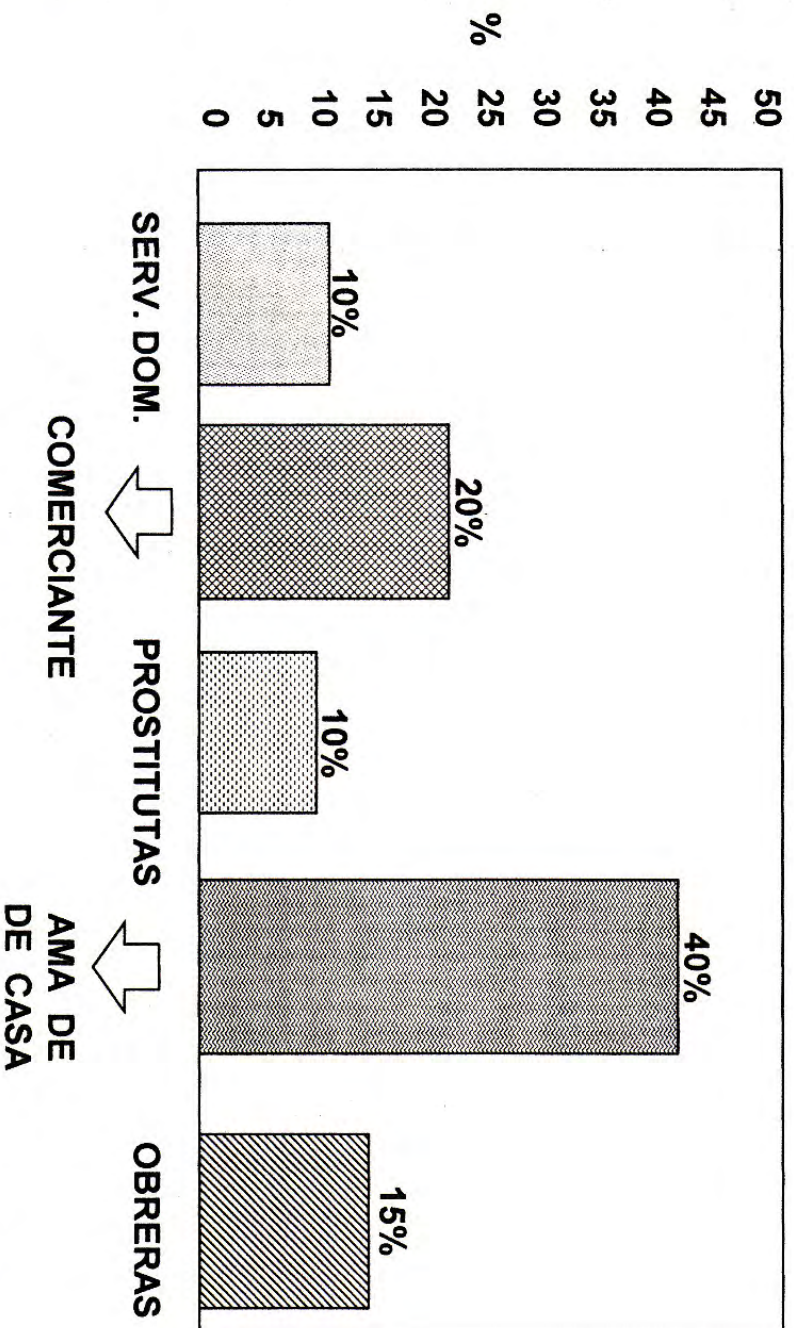
GRAFICA 5 OCUPACION PATERNA



ESTUDIO DE 17 CASOS, 1996

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (DINAMICA FAMILIAR)

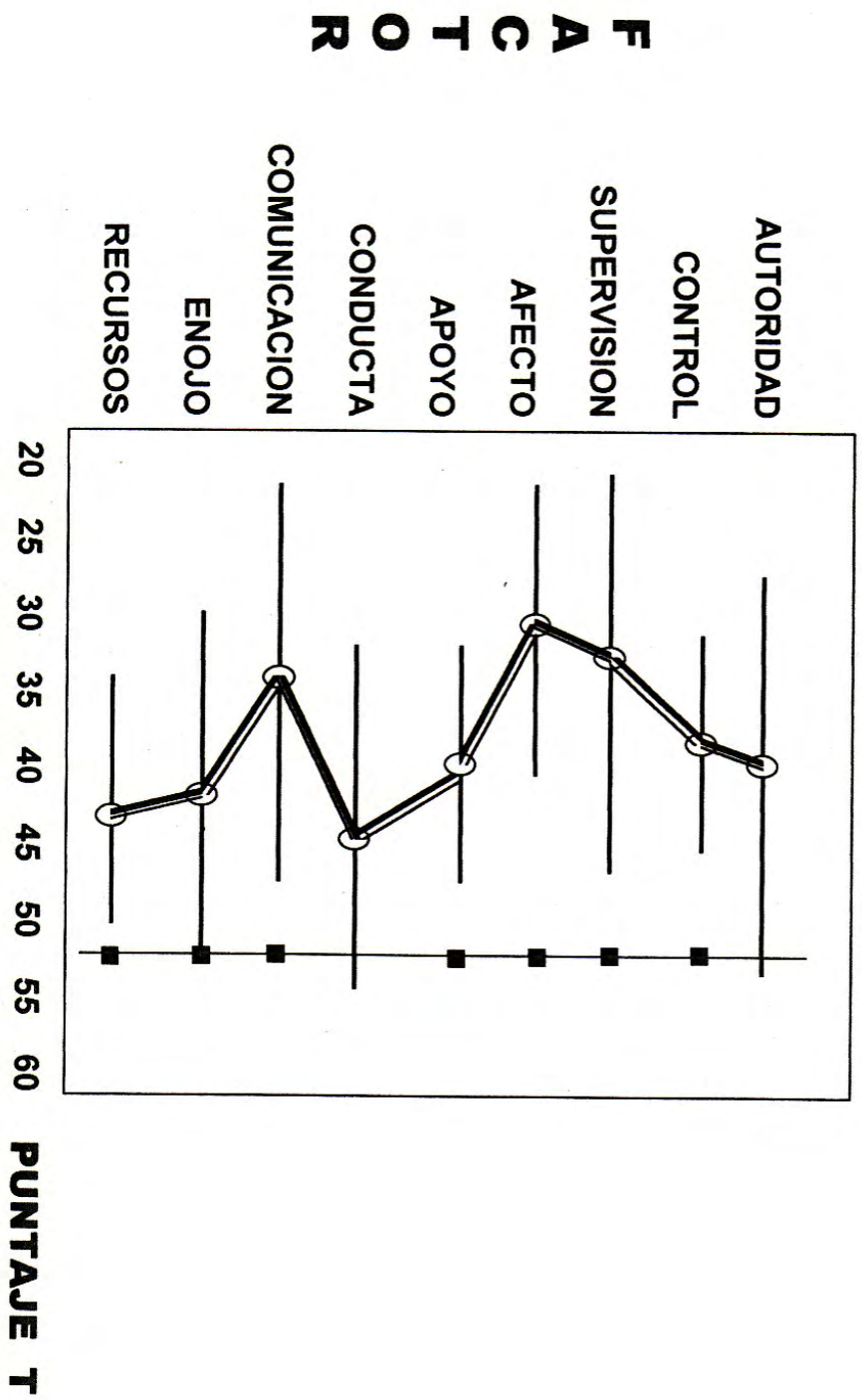
GRAFICA 6 OCUPACION MATERNA



ESTUDIO DE 20 CASOS, 1996

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (DINAMICA FAMILIAR)

GRAFICA 7 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR



**SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO
(DINAMICA FAMILIAR)**

CUADRO 1 MEDIDAS DE LOS FACTORES

FACTOR	MEDIA	D. ESTAND.
AUTORIDAD	39 . 84	10 . 91
CONTROL	38 . 26	6 . 05
SUPERVISION	35 . 04	12 . 20
AFECTO	32 . 06	8 . 97
APOYO	39 . 05	7 . 36
CONDUCTA	43 . 00	10 . 04
COMUNICACION	33 . 61	10 . 32
ENOJO	40 . 22	9 . 67
RECURSOS	40 . 92	7 . 13

ESTUDIO DE 20 CASOS 1996

Anexos

CUESTIONARIO DE ESTRUCTURA DINÁMICA FAMILIAR

Espejel E, Cortés J, Ruiz Velasco V.

Copyright 1995

FAMILIA _____

TIEMPO DE UNIÓN _____ EDAD DEL PRIMER HIJO(A) _____

DIRECCIÓN _____

INGRESO FAMILIAR _____

INGRESO PER CAPITA _____

POSICIÓN	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	APORTACIÓN ECONÓMICA A LA FAMILIA

DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA _____

OBSERVACIONES _____

• Se indica la edad del hijo mayor que viva es la familia

Material de Investigación.

Prohibida su reproducción sin permiso expreso de los autores

FAMILIOGRAMA

Comenzar el diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear.

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1.- ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

2.- Quien organiza la alimentación en la familia (Ir al mercado, decidir los menos, etc.)...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

3.- En su familia, ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?....

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

4.- Si se reúne la familia para ver televisión ¿Quién decide el programa?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

5.- ¿Quién o quienes de la familia tienen más obligaciones?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

6.- ¿Quien o quienes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre si?...

Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Las casillas oscuras nunca deben marcarse

7.- En los problemas de los hijos, ¿quien o quienes intervienen?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

8.- ¿Quien reprende a los hijos cuando cometen una falta?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

9.- Si en esta casa existen horarios para comer o llegar ¿quienes respetan los horarios de llegada?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No existen horarios

Funcionalidad..

10.- Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿quien interviene?...

El otro Padre	Otras Hijas	Otros Hijos	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No ha sucedido

Funcionalidad..

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR. A partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11.- ¿Cuándo alguien invita a la casa a quien se le avisa...

A quien avisa:

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Nunca Invitan

Funcionalidad..

12.- ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar?...

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad..

13.- Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia ¿Quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?...

Quien sustituye:

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad..

14.- En las decisiones familiares importantes, ¿Quienes participan?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

15.- Para ausentarse de la casa, ¿quien le avisa o pide permiso a quien?...

A quien se pide permiso:

Pide Permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

16.- Cuando alguien comete una falta ¿quien y como lo castigan?...

Como castiga:

Quien Castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

No se castiga

Funcionalidad..

17.- Cuando alguien hace algo bien ¿Quién y como premian?...

Como premia:

Quien Premia	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

No se premia Funcionalidad..

18.- Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿a quien pide ayuda?...

A quien se pide ayuda:

Pide Ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

19.- ¿Quienes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

20.- En esta familia, ¿Quién protege a quien?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

21.- Si conversan ustedes unos con otros ¿Quién con quien lo hace?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

22.- Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones. ¿Quiénes son los que lo hacen?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
No								

Funcionalidad..

23.- ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

24.- Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿A quienes se les hace saber con claridad?...

A quien se le hace saber

Quienes acuerdan	Subsistema Parental	Subsistema hijos	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro Familiar					
Otro NO Familiar					

No hay acuerdos Funcionalidad..

25.- ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

26.- ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

27.- Para transmitir los valores más importantes en esta familia ¿quien se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

28.- Cuando algo se descompone, ¿quien organiza su reparación?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

29.- ¿Quien o quienes participan en la solución de un problema grave?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

30.- ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

31.- En esta familia, ¿quienes son los más alegres o los que se divierten más?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

32.- ¿Quién de esta familia estimula las habilidades y aptitudes?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

33.- ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

34.- Cuando se llegan a enojar en esta familia ¿quienes son los que lo hacen y con quienes?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados.

35.- ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quien con quien?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie	Frecuencia		
								Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre										
Madre										
Hijos										
Hijas										
Otro Familiar										
Otro NO Familiar										

Funcionalidad..

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

37.- ¿Quien tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

38.- Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quien los ha tenido?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

39.- ¿Quien ha presentado algún problema emocional?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

40.- ¿Quién en la familia, se aísla?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

**CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA LOS REACTIVOS
DEL CUESTIONARIO DE ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR**

CÓDIGO DE CALIFICACIÓN:

1. **DISFUNCIONAL**
2. POCO FUNCIONAL
3. MEDIANAMENTE **FUNCIONAL**
4. FUNCIONAL

1. TERRITORIO O CENTRALIDAD

- CALIFIQUE:
4. Si contestan ambos o todos
 3. Cuando la respuesta es un solo padre o subsistema hijos cuando son adultos
 2. Cualquier otro miembro que no sea el padre o la madre
 1. Cuando la respuesta es nadie o un hijo pequeño

2. ROLES

- CALIFIQUE:
4. Ambos o uno de ellos cuando el otro trabaja o cualquier otra persona cuando los dos trabajan.
 3. Cuando los dos trabajan y además uno solo organiza, cuando uno de los hijos se encarga
 2. Todos y otra persona, cuando uno de los padres no trabaja
 1. Nadie o hijos pequeños cuando están el o los padres

3. JERARQUÍA

- CALIFIQUE:
4. Todos o ambos
 3. Un solo miembro de la familia que pertenezca a otro subsistema no parental
 2. Si es otro familiar
 1. Otro no familiar o nadie

4. CENTRALIDAD

- CALIFIQUE:
4. Todos, ambos padres o los hijos en forma alterna
 3. Solo los padres
 2. Otro familiar. Siempre subsistema hijos
 1. Siempre la misma persona
-

5. CENTRALIDAD

- CALIFIQUE:
4. Todos, nadie o el subsistema parental
 3. Un solo padre más alguien de otro subsistema
 2. Uno o varios de los hijos; otro familiar
 1. Si son los hijos
-

6. LIMITES

- CALIFIQUE:
4. Nadie
 3. Otro no familiar (depende de quien)
 2. Otro familiar
 1. Todos, cualquier otro
-

7. LIMITES

- CALIFIQUE:
4. Ambos
 3. Uno de los padres
 2. Otros hermanos, otro familiar
 1. Otro familiar o no familiar (cuando existen los padres), nadie, todos.
-

8. MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA

- CALIFIQUE:
4. Ambos padres
 3. Uno de los padres, u otro familiar o no familiar cuando hay ausencia de los padres
 2. Otro familiar o no cuando existen los padres o bien los hermanos
 1. Todos y nadie
-

9. LIMITES

- CALIFIQUE:
4. Todos, nadie porque no hay norma (horarios)
 3. Cuando todos respetan, excepto uno del sistema parental (según circunstancias)
 2. Cuando solo una de las personas respeta
 1. Nadie, aún existiendo horarios
-

10. ALIANZAS

- CALIFIQUE:
4. Nadie o no ha ocurrido
 3. El otro padre
 2. Otra persona apoyando en ausencia del otro padre
 1. Todos o cualquiera que se oponga
-

11. JERARQUÍA Y COMUNICACIÓN

- CALIFIQUE:
4. Avisan, padre a madre, o madre a padre, hijos(as) a padre o madre
 3. Dependiendo del acuerdo previo
 2. A veces dependiendo del acuerdo previo
 1. No avisan
-

12. ROLES

- CALIFIQUE:
4. Padre o padres que trabajan y participan
 3. Hijos que trabajan y participan a criterio del contexto
 2. Otros familiares o hijos que trabajan y costean sus estudios o gastos personales
 1. Cuando trabajan y no participan sin una razón justificada
-

13. ROLES

- CALIFIQUE:
4. Cualquiera que sustituya y sea adecuado
 3. Es sustituido por la persona adecuada
 2. Es sustituido pero no por la persona adecuada
 1. Nadie (no existen obligaciones)
-

14. JERARQUÍA

- CALIFIQUE:
4. Sistema ejecutivo o todos cuando están en edad
 3. Cuando decide uno de los hijos en ausencia de los padres
 2. Cuando decide uno de los hijos en presencia de los padres
 1. Cuando deciden los hijos o uno de ellos y otro familiar en presencia de los padres
-

15. JERARQUÍA

- CALIFIQUE:
4. Si se avisa a la persona adecuada
 3. Si se avisa a otra persona en ausencia de la persona adecuada
 2. Se avisa, pero no a la persona adecuada
 1. No **se avisa**
-

16. MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA

CALIFIQUE:

4. Ambos padres o uno solo y dependiendo del ciclo vital, del contexto y del tipo de castigo
3. Un solo padre o un hijo en ausencia de los padres y dependiendo del contexto, de la edad y del tipo de castigo
2. Cuando en presencia de los padres, castigan los hijos
1. No se castiga o castiga otro familiar o no familiar

17. MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA

CALIFIQUE:

4. Cualquier subsistema o persona que cumpla o cuando no se utiliza la promesa porque no es necesario
3. Cuando a veces cumplen y a veces no, dependiendo de la índole de la promesa
2. Cuando uno de los padres cumple y el otro no
1. Cuando consistentemente dejan de cumplir los padres o los hijos

18. AFECTOS

CALIFIQUE:

4. Cualquier respuesta dentro del mismo subsistema o del subsistema jerárquico superior cuando lo hay
3. Cuando la pide el subsistema jerárquicamente superior al inferior
2. Cuando teniendo familia pide ayuda externa (según la circunstancia del problema)
1. Nadie

19. ALIANZAS

CALIFIQUE:

4. Cuando hay alternancia de salidas juntos y por subsistemas
3. Siempre o casi siempre salen por subsistema
2. Rara vez salen todos juntos o por subsistema
1. Nunca salen o siempre salen todos juntos

20. ALIANZAS

CALIFIQUE

sustituido

4. Todos o cuando la protección proviene del subsistema superior o dentro del mismo
3. Cuando solo uno de los padres protege y/o el otro es por un familiar o no familiar
2. Cuando hay sobreprotección de cualquiera de los miembros
1. Nadie u otro familiar o no, en presencia de

21. COMUNICACIÓN

- CALIFIQUE:
4. Cuando la comunicación cubre a todos los subsistemas en diferentes ámbitos y momentos
 3. Cuando solo se da dentro de cada subsistema o en diferentes subsistemas excluyendo a uno o varios
 2. Cuando se comunican con otros familiares o no familiares, excluyendo la comunicación interna
 1. Cuando no se comunican
-

22. COMUNICACIÓN

- CALIFIQUE:
4. Todos
 3. Solo un subsistema
 2. Los subsistemas con exclusión de miembros otros familiares o no familiares
 1. **Nadie**
-

23. COMUNICACIÓN

- CALIFIQUE:
4. Todos
 3. Un subsistema o un miembro del subsistema con otro o entre sí
 2. Otro familiar o no familiar y cuando los subsistemas se comunican con exclusión de algunos
 1. Nadie
-

24. COMUNICACIÓN

- CALIFIQUE:
4. Cuando un subsistema lo comunica a otro
 3. Cuando los acuerdos son parciales
 2. Cuando es necesaria la intervención de un familiar o no familiar para comunicar el acuerdo
 1. Cuando la decisión no se comunica o es tomada por un sol miembro o no hay acuerdo
-

25. MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA

- CALIFIQUE:
4. Cuando el subsistema parental interviene o por lo menos uno
 3. Cuando interviene un sustituto parental
 2. Cuando varios subsistemas intervienen sin acuerdo
 1. Nadie
-

26. ROLES

- CALIFIQUE:
4. Subsistema parental o por lo menos uno cuando en ausencia de los padres si hay un sustituto parental
 3. Uno de los padres

2. Cuando habiendo padres, es otro subsistema el que se responsabiliza
 1. Todos y nadie (dependiendo de la edad)
-

27. JERARQUIA

- CALIFIQUE: 4. Los padres
3. Uno solo de los padres
 2. Otros familiares y no familiares en ausencia de los padres o los hijos
 1. Nadie
-

28. ROLES

- CALIFIQUE: 4. Subsistema padres
3. Siempre uno solo de los padres
 2. Los hijos u otro familiar
 1. Nadie
-

29. JERARQUIA

- CALIFIQUE: 4. Subsistema parental o todos según la edad hijos
3. Uno solo de los padres o todos
 2. Otros familiares, los hijos (según el caso) otro familiar
 1. Nadie
-

30. JERARQUIA

- CALIFIQUE: 4. Los padres, todos o una institución
3. Solo uno de los padres
 2. Los hijos u otro familiar
 1. Otro no familiar (no hubo acuerdo)
-

31. AFECTOS

- CALIFIQUE: 4. Todos
3. Casi todos
 2. Cuando solo uno o un subsistema se divierte
 1. Nadie
-

32. AFECTOS

- CALIFIQUE: 4. Los padres o todos
3. Uno de los padres
 2. Los hijos u otro familiar o no familiares
 1. Nadie

33. AFECTOS

- CALIFIQUE:
4. Todos
 3. Cuando solo se da dentro de alguno de los subsistemas
 2. Cuando se excluye a uno de los miembros
 1. Nadie o solo con otros familiares o no familiares
-

34. AFECTOS

- CALIFIQUE:
4. A veces cualquiera de los subsistemas o un subsistema con otro
 3. Cualquiera de los subsistemas a veces entre sí
 2. Frecuentemente cualquiera de los subsistemas
 1. Muy frecuentemente o nunca

Indicar la presencia de rencor, venganza etc.

35. PATOLOGÍA

- CALIFIQUE:
4. Nadie o a nivel de juego los niños
 3. Los padres a los hijos (dependiendo del ciclo vital)
 2. Los hijos entre si, dependiendo de la edad y del tipo de golpes
 1. El subsistema hijos a los padres, los padres entre sí, otros familiares o no familiares
-

36. PATOLOGÍA

- CALIFIQUE:
4. Nadie
 3. Cuando alguien lo hace rara vez y en forma social
 2. Cuando lo hacen frecuentemente alguien o algunos social y no socialmente
 1. Cuando uno o varios lo hacen como adicción
-

37. PATOLOGÍA

- CALIFIQUE:
4. Nadie
 3. Alguien dentro del subsistema hijos
 2. Alguien del subsistema parental
 1. Todos frecuentemente
-

38. PATOLOGÍA

CALIFIQUE: 4. Nadie o nunca
 3. Alguna vez alguien
 2. Frecuentemente alguien
 1. Muy frecuentemente cualquier subsistema o persona

39. PATOLOGÍA

CALIFIQUE: 4. Nadie
 3. Alguna vez alguien
 2. Uno o varios frecuentemente
 .1. Uno o todos continuamente

40. PATOLOGÍA

CALIFIQUE 4. Nadie o nunca
 3. Se aísla a veces alguien
 2. Sean hombres o mujeres frecuentemente
 1. Uno o algunos muy frecuentemente

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Andolfi M. *Terapia Familiar (Grupos e Instituciones)*. Ed. Paidós. México, -1994.
- 2 Andrews D and Linden R. Preventing rural child abuse: progress in spite of - cutbacks. *Child Welfare*. 1984; 63(5): 205-215.
- 3 Benedict M, Zuravin S. The reported health and functioning of children mal-_ treated while in family foster care. *Child Abuse and Neglect*. 1996; 20(7): 561-571.
- 4 Billenwater J, Quan L, et al. Inflected submersion in childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 (March); 150 (3):298-303.
- 5 Bosco BJ. *El Sistema Preventivo de Educación*. Ed. Patria. México, 1978.
- 6 Boyce MC, Melhorn KJ, et al. Pediatric trauma documentation. Adequacy for assessment of child abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 (Jul); 150(7): 730732.
- 7 Bremner JD, Krystal JH. Neural mechanism in dissociative amnesia for child- hood abuse: relevante to the current controversy surrounding the "false memory syndrome". *Am J Psychiatry*. 1996 (Jul); 153(7): 71-82.
- 8 Brody G, Stoneman Z. Parent child relation ships, family problem salving behavior and sibiling relationship quality: the moderating role of sibiling temperaments. *Child Development*. 1996; 67: 1289-1300.
- 9 Burgess A, Baker T. Parents perceptions of their children recovery 5-10 years following day care abuse. *Sch Ing Nurs Pract*. 1996 (Spring); 10(1); 75-92.
- 10.- Campbell H, Mc Donald S. Child protection in schools: an evaluation of a training course for schools co-ordinators of child protection. *Public Health* 1996 (Jan); 110(1):37-40.
- 11.- Cerezo A, D'Ocon A. Mother child interactive patterns in abusive families vs non abusive families: an observational study. *Child Abuse an Neglect*. 1996;_ 20(7): 573-587.
- 12.- Consentino CE, Collins M, et al. Sexual abuse of children: prevalence, effects and treatment. *Ann NY Acad Sci*. 1996

- (Jun); 789(18): 45-65.
- 13.- Coohy C. Child maltratment: testing the social isolation hypothesis. *Child Abuse and Neglect*. 1996; 20(3): 241-254.
 - 14.- Crenshaw WB, Lichtenberg JW. When educators confront child abuse: an analysis of the decision to report. *Child Abuse and Neglect*. 1995 (Sep); 19(9): 1095-1113.
 - 15.- Chaffin M, Kelleher K, et al. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*. 1996; 20(3): 191-203.
 - 16.- Davidson WB, Jemmings C. Personality inferences drawn about abusive mothers. *Psychol Rep*. 1995 (Oct); 77(2): 391-400.
 - 17.- Egami L, Ford DE, et al. Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *Am J Psychiatry*. 1996 (Jul); 153(7): 921-928.
 - 18.- Elhassani SB. Protecting women and children from physical, sexual and psychological abuse. *J S C Med Assoc*. 1995(Oct); 91(10): 420-423.
 - 19.- Estrada Inda, Lauro. *El Ciclo Vital de la Familia*. Ed. Posada. 8a. Ed. México. 1994.
 - 20.- Famularo R, Fenton T, et al. Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*. 1996; 20(10): 953-961.
 - 21.- Ferrier P, Scheller M. Abused children admitted to a pediatric inpatient service in Switzerland: a ten years experience and follow up evaluation. *Child AbuseNegl*. 1985; 9(3): 373-381.
 - 22.- Fontana V and Robinson E. A multidisciplinary approach to the treatment of child abuse. *Pediatrics*. 1976; 57: 760-780.
 - 23.- Gauthier L, Stollak G, et al. Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child Abuse and Neglect*. 1996; 20(7): 549-559.
 - 24.- Gebhardt V. *Los dioses de Grecia Y Roma. Mitología Greco-Romana. Tomo 1*. Ed. Nacional, SA. México, 1968.
 - 25.- Goldfine P, Heath G, et al. Alternativas to psychiatric

- hospitalization for_ children. *Psychiatr Clin North Am.* 1985; 8(3): 527-535.
- 26.- Gómez de Terreros I, Serrano Santamaría, et al. Ingestión reiterada de cuerpos extraños. Forma inusual de presentación del Síndrome de Munchausen por poderes. *Child Abuse and Neglect.* 1996; 20(7): 613-620.
- 27.- Green FC. Abuso y abandono del Niño. *Clin Ped N Amer.* 1975: 329-380.
- 28.- Hay T and Jones L. Societal Interventions to prevent child abuse and neglect. *Child Welfare.* 1994; 73(5): 379-398.
- 29.- Helfer TM. The etiology of child abuse. *Pediatrics.* 1973; 51(77).
- 30.- Heneghan AM, Howitz S et al. Evaluating intensiva family preservation programs: a methodological review. *Pediatrics.* 1996 (April); 97(4): 535-542.
- 31.- Jaudes P, Ekwo E. Association of drug abuse and child abuse. *Child Abuse Negl.* 1995 (Sep); 19(9): 1065-1075.
- 32.- Jessee SA. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physi can.* 1995 (Nov); 52(6): 1829-1834.
- 33.- Jessee SA. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *ASDC J Dent Child.* 1995 (Jul-Aug); 62(4): 245-249.
- 34.- Kadushin A y Martín J. *El Niño Maltratado (una interacción)*. Ed. Extempora- neos, SA. México, 1985.
- 35.- Karp SA, Holmstrom R, et al. Personalities of women reporting incestuous abu se during childhood. *Percept Mot Skills.* 1995 (Dec); 81(3):955-965.
- 36.- Kempe Ch. Pediatrics implications of battered baby syndrome abuse. *Arch Di- sease Child.* 1971; 46: 28-32.
- 37.- Kessel A. Reversible brain atrophy and reversible developmental retardation_ in a malnourished infant. *Isr J Med Sci.* 1996 (May); 32(5): 306-308.
- 38.- Klein I, Janoff B. Trauma history and personal narrativies: to coping among survivors of child abuse. *Child Abuse Negl.* 1996 (Jan); 20(1): 45-54.
- 39.- Kleinman PK, Marks SC, et al. A regional approach to the classic

- metaphyseal lesion in abused infants: the proximal tibia. *Am J Roentgenol.* 1996 (Feb); 166(2): 421-426.
- 40.- Krenk CJ. Training resident staff for child abuse treatment. *Child Welfare.* 1984; 63(2): 421-426.
- 41.- Lally JR. Three views of child neglect: expanding visions of prevention and intervention. *Child Abuse Negl.* 1984; 8(2): 243-254.
- 42.- Lawrence KJ, Cozolino L. Psychological sequelae in adult females reporting childhood ritualistic abuse. *Child Abuse Negl.* 1995 (Aug); 19(8):975-984.
- 43.- Lett JE. Abuse of the elderly. *J Fla Med Assoc.* 1995 (Oct); 82(10): 675-678.
- 44.- Leventhal JM, Pew MC, et al. Use of health services by children who were identified during the postpartum period as being at high risk of child abuse or neglect. *Pediatric.* 1996(Mar); 97(3): 331-335.
- 45.- Levy HB, Markovic J. Reabuse rates in a sample of children followed for 5 years after discharge from a child abuse inpatient assessment program. *Child Abuse Negl.* 1995 (nov); 19(11): 1363-1377.
- 46.- Loredó Abdalá. El Niño Maltratado. Una realidad actual en México. *Acta Pediatría de México,* 1984; 8(2): 243-254.
- 47.- Magura S and Moses BS. Clients as evaluators in child protective services. *Child Welfare.* 1984; 63(2): 99-112.
- 48.- Maluccio A, Fein E, et al. Family reunifications: research findings, issues and directions. *Child Welfare.* 1994 (Sep-Oct); 73(5): 489-500.
- 49.- Marcovich K, González G. Un Estudio del Síndrome del Niño Maltratado en México. *El maltrato a los hijos.* Ed. Edicol, SA. México, 1978.
- 50.- Marneffe C. Child sexual abuse: pretext to a return of sexual repression. *Acta Psychiatr Bel.* 1995; 95(6): 358-368.
- 51.- Martin JA. Intervention with infants at risk for abuse neglect. *Child Abuse Negl.* 1984; 8(2): 255-260.
- 52.- Martin JA. Neglected fathers: limitations in diagnostic and

- treatment resources for violent men. *Child Abuse Negl.* 1984; 8(4): 393-400.
- 53.- Maxfield MG, Widom CG. The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996 (Apr); 150 (4): 390-395.
- 54.- McClellan J, Adams J, et al. Clinical characteristics related to severity of sexual abuse: a study of seriously mentally ill youth. *Child Abuse Negl.* 1995 (Oct); 19(10): 1245-1254.*
- 55.- McDowell JD. Diagnosing and treating victims of domestic violence. *NY State Dent J.* 1996 (Apr); 62(4): 36-42.
- 56.- McFarlane A, Bellissimo A. Family structure, family functioning and adolescent well-being: the transcendent influence of parental style. *J Child Psychol Psychiat.* 1995; 36(5): 847-864.
- 57.- Meddin BJ. The assessment of risk in child abuse and neglect case investigations. *Child Abuse Negl.* 1985; 9(1): 57-62.
- 58.- Miller K, Fein R, et al. A parents aide program: record keeping, outcomes and costs. *Child Welfare.* 1985; 64(4): 407-419.
- 59.- Minuchin, Salvador. *Familias y Terapia Familiar* (Colección Terapia Familiar) Ed. Gedisa, Barcelona (España). 4a. ed. 1994.
- 60.- Morre J, et al. Child medical evaluations program: a statewide system for the medical and mental health evaluation of abused and neglect children. *Forensic Sci Int.* 1986; 30 (2-3):119-126.
- 61.- Mullen PE, Martin JE, et al. The long term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children. *Child Abuse Negl.* 1996 (Jan): 20 (1): 7-21.
- 62.- Nicol AR and Eccles M. Psychotherapy for Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child.* 1985; 60(4): 344-348.
- 63.- Nofzinger EA, Weftstein RM. Homicidal behavior and sleep apnea: a case report and medicolegal discussion. *Sleep.* 1995 (Nov); 18(9): 776-782.
- 64.- Oates RK, Gray J. A therapeutic preschool for abused children: the keepsafe_ project Kempe Early Education Project Serving Abused Families. *Child Abuse Negl.* 1995 (Nov); 19(11): 1379-1386.
- 65.- Pare D. Culture and meaning: expanding the metaphorical repertoire of family therapy. *Fam Proc.* 1996 (March); 35: 21-43.

- 66.- Parrés A. El Maltrato a los Niños en diferentes culturas. El maltrato a los hijos. Ed. Edicol, SA. México, 1978.
- 67.- Parish RA, Myers DA, et al. Developmental milestones in abused children and their improvement with a family oriented approach to the treatment of child abuse. Child Abuse and Neglect. 1985; 9(2): 245-250.
- 68.- Parks E, Balon R. Autobiographical memory for childhood events: patterns of recall in psychiatric patients with a history of alleged trauma. Psychiatry. 1995 (aug); 58(3): 199-208.
- 69.- Peluso E, Putham N. Cause study: sexual abuse of boys by female. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996 (Jan); 35(1): 51-54.
- 70.- Peón Vidales N. El Síndrome del Niño Maltratado. Aspectos ortopédicos. Medicina al día. Gaceta Médica, IMSS. 1978.
- 71.- Pople IK, Muhlbauer MJ, et al. Results and complications of intracranial pressure monitoring in 303 children. Pediatr Neurosurg. 1995; 23(2): 64-67.
- 72.- Reece RM and Grodin MA. Recognition of nonaccidental injury. Pediatr Clin North Am. 1985; 32(1): 41-60.
- 73.- Rindflersch N and Robb J. Dilemmas in planning for the protection of children and youths in residential facilities. Child Welfare. 1984; 63(5): 443-452.
- 74.- Rivera FB. Physical abuse in children under two: a study of therapeutic outcomes. Child Abuse Negl. 1985; 9(1): 81-87.
- 75.- Robertts GL, O'Toole BI, et al. Prevalence study of domestic violence victims in an emergency department. Ann Emerg Med. 1996 (Jun); 27(6): 741-753.
- 76.- Roche KJ, Genleser NB, et al. Traumatic abdominal pseudoaneurysm secondary to child abuse. Pediatr Radiol. 1995 (Nov); 25 (Suppl 1): 5247-5248.
- 77.- Rosenber ML. Prevention of family violence. Acad Med. 1995 (Nov); 70(11): 989-992.
- 78.- Ruíz Taviel A. Análisis y comentarios al Síndrome del Niño Maltratado. El Maltrato a los hijos. Ed. Edicol, SA. México, 1978.
- 79.- Sanders R, Jackson S, et al. The balance of prevention,

- investigation and treatment in the management of child protection services. *Child Abuse and Neglect*. 1996; 20(10): 899-906.
- 80.- Santa Biblia. Antiguo y Nuevo Testamento. Sociedades Bíblicas Unidas. Gran Bretaña, 1953.
- 81.- Schmidt BD. Colic, excesiva crying in newborns. *Clin Perinatol*. 1985; 12(2): 441-451.
- 82.- Sege R, Stigel L, et al. International injury surveillance in a primary care pediatric setting. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996(March); 150(3): 277-283.
- 83.- Shugerman RP, Paez A, et al. Epidural hemorrhage: is it abuse?. *Pediatrics*. 1996 (May); 97(5): 664-668.
- 84.- Silvester J, Bentovin A, et al. Using spoken attributions to classify abusive families. *Child Abuse Negl*. 1995 (Oct); 19(10): 1221-1232.
- 85.- Simposio Internacional Sobre el Niño Maltratado. DIF. 1979.
- 86.- Smith CA. The battered child. *N Eng J Med*. 1973; 289: 322-350.
- 87.- Solomon T, History and demography of child abuse. *Pediatrics*. 1973; 51(776).
- 88.- Stein MB, Walker JR, et al. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry*. 1996 (Feb) 153(2): 257-267.
- 89.- Steiner RP, Vansicke, K. Domestic violence. Do you know when and how to intervene?. *Postgrad Med*. 1996 (Jul); 100 (1): 103-116.
- 90.- Swan HL, Press AN. Child sexual abuse prevention: does it work?. *Child Welfare*. 1985; 64(4): 395-405.
- 91.- Swift K. An outrage to common decency historical perspectives on child neglect. *Child Welfare*. 1995 (Jan-Feb); 74(1): 71-90.
- 92.- Thyen V, Thiessen R. Secondary prevention serving families at risk. *Child Abuse Negl*. 1995 (Nov); 19(11): 1337-1347.
- 93.- Tingus KD, Heager AH, et al. Factors associated with entry into therapy children evaluated for sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1996 (Jan); 20(1): 63-68.
- 94.- Tobar RB, Marting RE. Child Abuse. *J Fla Med Assoc*. 1995 (Oct); 82(10):679-683.
- 95.- Vizard E, Monck E. Child and adolescent sex abuse perpetrators: a

- review of research literaturra. *J Child Psychol Psychiat*. 1995; 36(5): 731-756.
- 96 Vuchinich S, Angelelli J, et al. Context and development in family problem solving with preadolescent children. *Child Development*. 1996; 67: 1276-1288.
- 97 Wilbur CB. Multiple personality and child abuse. On overview. *Psychiatric Clin N Am*. 1984; 7(1): 3-7.
- 98 Weinsgarten K, Cobb S. Timing disclosure sessions; adding a narrativa perspectiva to clinical work with adult survivors of childhood sexual abuse. *Fam Process*. 1995 (Sep); 34(3); 257-269.
- 99 Waz WR, Henkind J. The adequacy of medical ethics education in a pediatrics training program. *Acad Med*. 1995 (Nov); 70(11): 1041-1043.
- 100.- Wilson LM, Reid AJ, et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adversa postpartum family outcomes. *Can Med Assoc J*. 1996 (Mar 15); 134(6): 785-799.
- 101.- Wood B, Orsak E, et al. Semistructured child sexual abuse interviews: interview and child characteristics relatad to creadibility of disclosure. *Child Abuse Negl*. 1996 (Jan); 20(1): 81-92.
- 102.- Wright MS, Litaker D. childhood victims of violence. Hospital utilization by children with intentional injuries. *Arch Pediatr Adolsc Med*. 1996 (Apr); 150 (4): 415-420.
- 103.- Ruiz Velasco V, Cortés F y cols. Características estructurales y funciona_ les de las familias con un adolescente deprimido. *Psiquiatría*. 1993; 3: 174 a 196.